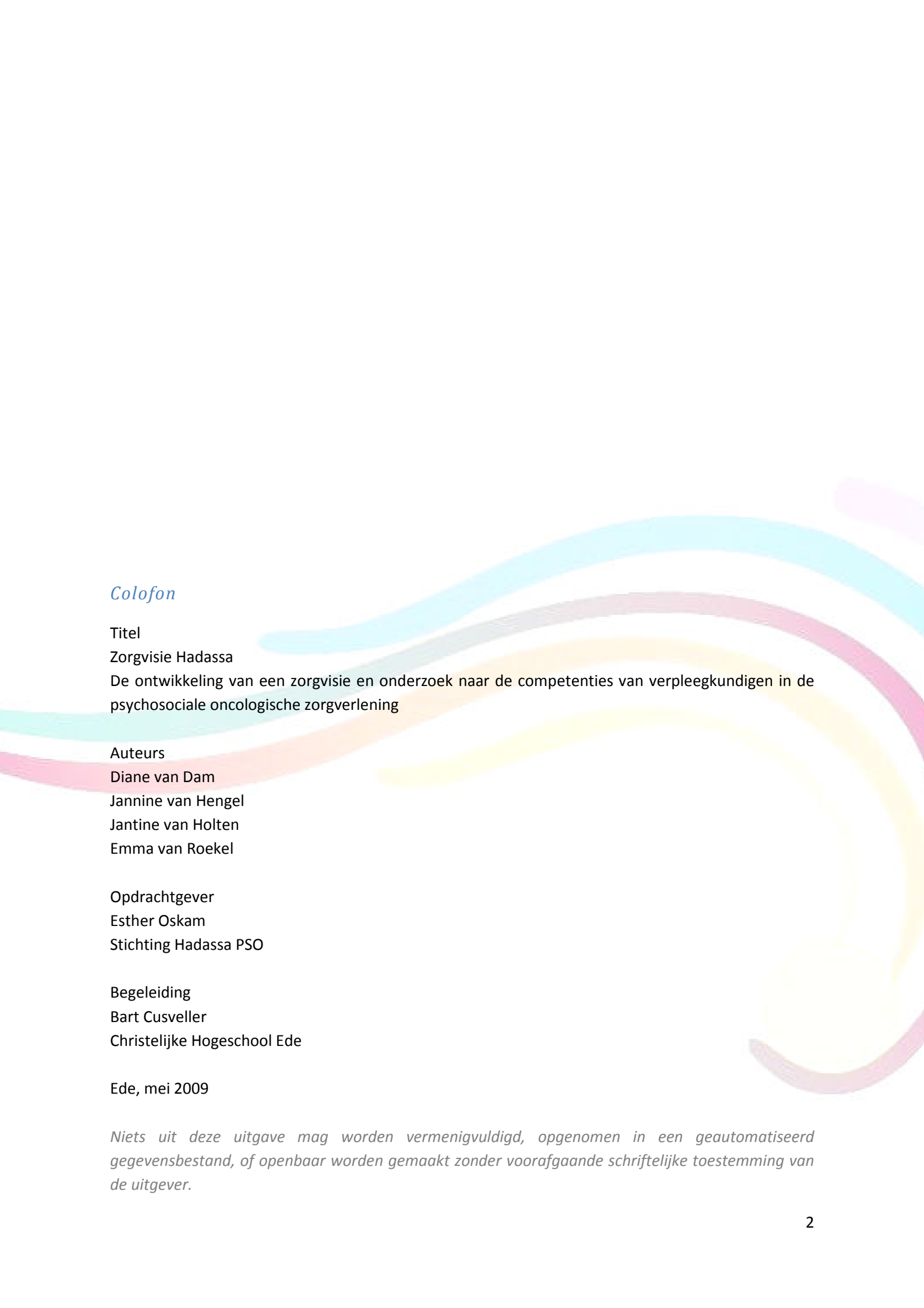


Zorgvisie Hadassa

**De ontwikkeling van een zorgvisie en onderzoek naar
de competenties van verpleegkundige in de
psychosociale oncologische zorgverlening**





Colofon

Titel

Zorgvisie Hadassa

De ontwikkeling van een zorgvisie en onderzoek naar de competenties van verpleegkundigen in de psychosociale oncologische zorgverlening

Auteurs

Diane van Dam

Jannine van Hengel

Jantine van Holten

Emma van Roekel

Opdrachtgever

Esther Oskam

Stichting Hadassa PSO

Begeleiding

Bart Cusveller

Christelijke Hogeschool Ede

Ede, mei 2009

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgenomen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar worden gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Samenvatting	4
Voorwoord	5
Hoofdstuk 1 – Inleiding	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Aanleiding	6
1.3 Doel- en vraagstelling	6
Hoofdstuk 2 - Zorgvisie	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Zorgvisie	7
2.3 Theoretische onderbouwing	7
2.3.1 Visie op zorgvisie	8
2.3.2 Oecumenisch christelijk	8
2.3.3 Psychosociale zorg	9
2.3.4 Existentiële en spirituele zorg	10
2.3.5 Neuman System Model	10
2.4 Toetsing zorgvisie	11
2.4.1 Bestuursgesprek	11
2.4.2 Expertmeeting	11
2.4.3 Expertraadpleging	11
Hoofdstuk 3 - Behoeftte zorgvragers en naaste(n)	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Behoeftte oncologische zorgvragers en naaste(n) aan psychosociale zorg	13
Hoofdstuk 4 - Verpleegkundige competenties	15
4.1 Inleiding	15
4.2 Onderzoeksopzet	15
4.3 Resultaten	16
4.3.1 Competentiematrix	16
4.3.2 Interviews	20
4.4 Conclusies	25
4.5 Aanbevelingen	27
4.5.1 Zorgvisie	27
4.5.2 Verpleegkundige competenties	27
4.6 Discussie	28
Bronvermelding	29
Bijlagen	35

Samenvatting

Hadassa is een jonge stichting in opbouw en heeft als doelstelling de psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening te bevorderen. Hierbij heeft zij een zorgvisie nodig. In gesprekken met Hadassa is de vraag beantwoord wat de visie van Hadassa is op verschillende gebieden binnen de psychosociale zorg en op basis hiervan is literatuurstudie gedaan. Aan de hand daarvan is een theoretisch onderbouwde visie geschreven op: de zorgvrager, de zorgverlening, psychosociale oncologie en de organisatie. De zorgvisie is getoetst door middel van een overleg met het bestuur, een expertmeeting en raadpleging van experts uit het werkveld.

Naast het schrijven van een zorgvisie is onderzocht hoe competent verpleegkundigen zijn om psychosociale zorg te verlenen aan oncologische zorgvragers. Hiervoor was het nodig om eerst in kaart te brengen wat de behoeften zijn van de zorgvrager en hun naaste(n) aan psychosociale zorg. Dit is gedaan door middel van literatuuronderzoek. Hieruit is gebleken dat er een gebrek is aan psychosociale nazorg bij oncologische zorgvragers. Vervolgens is onderzocht welke competenties verpleegkundigen zeggen dat zij wel en niet bezitten. Er is een matrix samengesteld van competenties voor psychosociale zorg waarover MBO-, HBO- en oncologieverpleegkundigen volgens hun opleidingsprofiel zouden moeten beschikken. Het onderzoek heeft plaatsgevonden door middel van interviews onder verpleegkundigen in de eerste lijn in de regio Gelderse vallei. De competenties die verpleegkundigen in de praktijk genoemd hebben zijn vergeleken met de competentiematrix. Hieruit is geconcludeerd dat alle competenties uit de opleidingsprofielen genoemd zijn in de interviews. Dat betekent dat verpleegkundigen beschikken over de vereiste competenties. Een tweede gegeven wat opvalt, is dat MBO- en oncologieverpleegkundigen competenties noemen waar zij wel over beschikken, maar die niet in hun opleidingsprofiel genoemd worden. Bij MBO-verpleegkundigen gaat dit over gesprekstechnieken, houding en het evalueren van zorg. Bij oncologieverpleegkundigen gaat dit over coördinatie van zorg, ondersteuning van mantelzorg en kennis van verwerkingsstrategieën. Naast de competenties waarover verpleegkundigen beschikken, worden ook competenties genoemd die ze nog (verder) willen ontwikkelen:

MBO-verpleegkundigen : gesprekstechnieken, kennis van advies en voorlichting, reflecteren op beroepsmatig handelen, kennis van psychosociale signalering en doorverwijzing.

HBO-verpleegkundigen : methodisch werken, stimuleren en motiveren, omgaan met geslotenheid van zorgvrager, consequent ondersteunen bij beslissingen, eigen gevoelens hanteren, rust in houding, bewustzijn van grenzen van vakdeskundigheid, kennis met betrekking tot doorverwijsmogelijkheden.

Oncologieverpleegkundigen: omgaan met gezinssituatie, ondersteuning mantelzorg, reflecteren op beroepsmatig handelen, gesprekstechnieken, omgaan met negatieve gevoelens van zorgvrager, aansluiten bij behoeften van zorgvrager, stervens- en rouwbegeleiding.

Op basis van het onderzoek is voor de zorgvisie een uitwerking geschreven van de rol van verpleegkundigen in de psychosociale oncologie.

Aan de hand van de resultaten is voor stichting Hadassa de aanbeveling geformuleerd om in deze behoeften van verpleegkundigen te voorzien. Op die manier zal de psychosociale oncologie in de regio Gelderse Vallei bevorderd worden.

Voorwoord

Dit onderzoeksverslag is het resultaat van het project 'Zorgvisie Hadassa'.

Hadassa is een stichting in opbouw met als doelstelling het bevorderen van de psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening, in de regio Gelderse Vallei.

Stichting Hadassa bood een project aan om een zorgvisie te schrijven en van daaruit het uitwerken benodigde competenties voor verpleegkundigen in de psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening.

In het kader van de meesterproef HBO-Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool Ede heeft de projectgroep ervoor gekozen hierop af te studeren.

In het verslag wordt aangegeven hoe het project is opgezet, zowel proces als product wordt weergegeven. In hoofdstuk 2 wordt beschreven hoe de zorgvisie tot stand is gekomen en wat de globale inhoud ervan is. Hoofdstuk 3 beschrijft de behoefte van zorgvragers aan psychosociale zorg en hoofdstuk 4 gaat verder in op het onderzoek naar de competenties van verpleegkundigen in de psychosociale oncologie. Als bijlage zijn de zorgvisie en een uitwerking daarvan met betrekking tot de rol van de verpleegkundige opgenomen.

Velen hebben een bijdrage geleverd aan het onderzoek. Onze speciale dank gaat uit naar:

- Esther Oskam, voor de enthousiaste reacties op de voortgang van ons onderzoek. En voor de informatieve gesprekken en het verstrekken van gegevens.
- Bart Cusveller, voor de inspirerende maar ook realistische kijk en kritische feedback gedurende ons onderzoek.
- De experts uit de praktijk, voor het meedenken vanuit hun deskundigheid.
- De verpleegkundigen die bereid waren mee te werken aan ons onderzoek.

We hopen met het schrijven van de zorgvisie een bijdrage te hebben geleverd aan de opbouw van Stichting Hadassa, en daarmee indirect aan het bevorderen van de psychosociale zorg in de regio Gelderse Vallei.

Diane van Dam

Jannine van Hengel

Jantine van Holten

Emma van Roekel

Hoofdstuk 1 – Inleiding

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding, doelstelling en vraagstelling van dit project beschreven.

1.2 Aanleiding

Het onderwerp van dit project is het ontwikkelen van een zorgvisie voor stichting Hadassa, en vanuit die zorgvisie het uitwerken van de benodigde competenties voor verpleegkundigen in de psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening. Hadassa onderscheidt zich van andere organisaties door haar specifieke aandacht voor de jongere doelgroep (<45 jaar) en de palliatieve oncologie, vanuit een oecumenisch christelijke visie. Hadassa heeft om de volgende redenen een zorgvisie nodig:

- Om zich als stichting te positioneren en te profileren
- Voor de participatie in het Netwerk Palliatieve Zorg en daarmee het verkrijgen van recht op subsidie van o.a. de provincie Gelderland
- Als basis voor de (op termijn) te verlenen zorg.

1.3 Doel- en vraagstelling

De doelstelling van het project is:

1. Hadassa heeft een algemene theoretisch onderbouwde zorgvisie met daarin specifieke aandacht voor verpleegkundigen.
2. Hadassa kan verpleegkundigen ondersteunen in de psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening.

De vraagstelling luidt als volgt:

Welke zorgvisie heeft Hadassa en waarin kan zij de competenties van verpleegkundigen in psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening vanuit deze zorgvisie ondersteunen?

De deelvragen die hieruit volgen zijn:

1. Wat is de zorgvisie van Hadassa op psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening?
2. Vanuit welk theoretisch kader wordt deze visie onderbouwd?
3. Waar hebben zorgvragers met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening en hun directe naasten behoefte aan met betrekking tot psychosociale zorg?
4. Hoe competent zijn verpleegkundigen om psychosociale zorg te verlenen aan mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening?

Hoofdstuk 2 - Zorgvisie

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt, nadat is weergegeven hoe de zorgvisie tot stand is gekomen en hoe deze er globaal uit ziet, de theoretische onderbouwing hiervan beschreven. Vervolgens wordt verantwoord hoe deze zorgvisie is getoetst in de praktijk. Hiermee wordt een antwoord gegeven op het eerste deel van de hoofdvraag en de deelvragen: 'Wat is de zorgvisie van Hadassa op psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening?' en 'Vanuit welk theoretisch kader wordt deze visie onderbouwd?'

2.2 Zorgvisie

In gesprekken met Hadassa is de vraag beantwoord wat de visie van Hadassa is op allerlei gebieden binnen de psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening. De normen en waarden van stichting Hadassa vormen de basis voor de zorgvisie. Hadassa heeft de ingrediënten van de zorgvisie aangereikt, waarmee gewaarborgd is dat de geschreven zorgvisie ook de visie van de stichting zelf is. Hadassa kan de zorgvisie gebruiken voor 2 á 3 jaar.

De visie van Hadassa is theoretisch onderbouwd door literatuuronderzoek, wetenschappelijke onderzoeken, wetenschappelijke richtlijnen, een verpleegkundig model en door raadpleging van experts.

De zorgvisie beschrijft de visie van stichting Hadassa op:

- de zorgvrager
- de zorgverlening
- psychosociale oncologie
- de organisatie (*zie bijlage 1*)

Naast de zorgvisie is een uitwerking geschreven van de visie van Hadassa over 'de competenties van verpleegkundigen in de psychosociale oncologische zorgverlening'. Hierin wordt aandacht besteed aan de rol van de verpleegkundige, gebaseerd op literatuurstudie en praktijkonderzoek naar verpleegkundige competenties in de regio Gelderse Vallei (*zie bijlage 2*).

2.3 Theoretische onderbouwing

De zorgvisie is geschreven op basis van verschillende literatuurstudies.

De methode die gehanteerd is voor het literatuuronderzoek is de sneeuwbalmethode en de methode Big6TM (Verhoeven 2007). Bij de zoekmethode Big6TM, worden de volgende stappen genomen:

- Welke informatie ga je zoeken?
- Waar ga je informatie zoeken?
- Hoe ga je informatie zoeken?
- Resultaten bestuderen
- Resultaten organiseren
- Resultaten evalueren

Bij de sneeuwbalmethode wordt de gevonden informatie grondig bestudeerd en worden de literatuurverwijzingen achterin boeken gebruikt als aanknopingspunten om verder te zoeken. De onderwerpen voor de literatuurstudies zijn aangereikt door de opdrachtgever en experts uit de praktijk. Van hieruit zijn afbakeningen ontstaan. De literatuurstudies vormen de bouwstenen van de zorgvisie. Hieronder wordt dit in een samenvatting per onderwerp weergegeven.

2.3.1 Visie op zorgvisie

Een zorgvisie is geen begrip op zichzelf maar een overkoepelend begrip. Zorgvisie wordt omschreven als: uitgangspunten die een instelling hanteert bij de zorgverlening. Deze uitgangspunten zijn bepalend voor de woon- en leefsfeer en voor de omgang van de zorgverleners met de zorgvragers en zijn naaste(n). Het zijn visies die direct implicaties hebben voor de inrichting, sturing, leiding en coördinatie van zorgprocessen (Boon 1996). Het heeft alles te maken met de visie op zorg.

Zorgverlening als bewogen ondersteuning wortelt in de beroepsverantwoordelijkheid dat het lijden van de zorgvrager een beroep doet op de zorgverlener, om met professionele competentie deze mens te ondersteunen in het omgaan met de gevolgen die zijn verstoorde vermogens hebben voor zijn bestaan (Cusveller, 2004). Een verpleegkundige is een zorgverlener die de verantwoordelijkheid neemt om met professionele competenties de zorgvrager te ondersteunen in het lijden. De intentie van zorg komt voort uit o.a. bewogenheid, empathie, bekommernis, aandacht, waakzaamheid, geven om, begaan zijn met, compassie. Dit zijn persoonlijke drijfveren om als zorgverlener in staat te zijn om zorg te bieden. Een zorgverlener merkt op dat er iets gedaan moet worden aan het welzijn, de kwaliteit van het bestaan van een zorgvrager. De zorgverlener stelt zich in staat om de zorgvrager te helpen, dit doet de zorgverlener door ondersteunend te handelen. Bij het in actie komen om de zorgvrager zorg te bieden staat de zorgverlener op het ethisch punt dat zij een verantwoordelijkheid op zich neemt voor de ander (Cusveller, 2004).

De uitgangspunten van de zorgverlening liggen in waarden en normen, beroepscode, basisfilosofie en ideologie. Deze zijn opgenomen in een zorgvisie. Een zorgvisie heeft altijd betrekking op de levensbeschouwing van de zorginstelling of stichting omdat in een zorgvisie bewust wordt beschreven welk gedachtesysteem van waarden en normen wordt gehanteerd (Cusveller, 2004).

2.3.2 Oecumenisch christelijk

De oecumenische beweging streeft de eenwording van kerken na, de zichtbare eenheid van de kerk van Christus (Blei, 1997). In een oecumenisch christelijk geïnspireerde instelling zal er fundamenteel openheid zijn ten aanzien van het religieuze en er zal bij elke zorgvrager ruimte gecreëerd worden voor passend pastoraal antwoord. Dit komt voort uit respect voor de levensbeschouwing van de zorgvrager en respect voor de christelijke stroming als dusdanig. De focus ligt op overeenkomsten tussen de christelijke stromingen, niet op verschillen (Stockman, 2009).

Zorgvragers met een oncologische aandoening kunnen op dit moment terecht bij psychologen voor psychosociale zorg. Uit onderzoek blijkt echter dat men in alle christelijke groeperingen vindt dat er vaak onvoldoende ruimte is om de levensbeschouwelijke dimensie van het leven en de problematiek aan de orde te stellen, terwijl die dimensie – juist in een crisissituatie zoals de diagnose ‘kanker’ – meestal zeer essentieel is (Vellenga, 1992). Dit wordt veroorzaakt door de zogenaamde waardevrije achtergrond van de moderne psychologie. Die blijkt in hoofdzaak atheïstisch te zijn. Haar mensbeeld is vaak onverenigbaar met de Bijbelschristelijke opvattingen (Müller, 1994).

Elementen vanuit het christen-zijn die van invloed kunnen zijn op psychische problematiek, zijn: overtuigingen over God en mens, waarden en normen op het terrein van persoonlijke relaties, gezin, seksualiteit, ingrijp in menselijk leven en arbeid, rituelen, ervaringen en visie op lijden en dood en het sociale leven (Vellenga, 1992).

Psychosociale zorgverleners werken vanuit een op de psychologie gebaseerd referentiekader. Pastoraal werkers en geestelijk verzorgers werken primair vanuit een specifiek levensbeschouwelijk kader (Vellenga, 1992). Psychosociale zorgverleners kunnen pastoraal werkers inschakelen als blijkt dat een zorgvrager specifieke zorg nodig heeft bij geestelijke nood, of bijvoorbeeld een crisis doormaakt op gebied van levensbeschouwing. De psychosociale zorg van de hulpverlener schiet dan daarin tekort, er is behoefte aan inhoudelijke pastorale zorg.

2.3.3 Psychosociale zorg

Een levensbedreigende aandoening heeft invloed op iemands welbevinden. Zorgvragers en hun naaste(n) worden gedwongen om hun leven aan te passen. Hierbij kunnen zij gevoelens van machteloosheid, angst, woede, eenzaamheid en verdriet, twijfel, onbegrip en zorg ervaren. Ook kunnen er problemen zijn in het contact met naaste(n): zorgvragers kunnen zich tot last voelen. Er is sprake van psychisch onwelbevinden, sociaal disfunctioneren en het kwijt zijn van de samenhang van zingeving. Met andere woorden: de draagkracht en draaglast zijn uit balans. Er is dan psychosociale zorg nodig. Dit is 'communicatie, informatie en interactie tussen verpleegkundigen en zorgvragers en hun naaste(n), waarbij sprake is van aandacht voor het psychisch en sociaal welbevinden van zorgvragers en hun naaste(n). Het gaat om praktische en emotionele ondersteuning, met als doel het aanpassen aan de nieuwe situatie en het vinden van een nieuw evenwicht, wat uiteindelijk moet leiden tot een verbeterde kwaliteit van leven' (Puttiger e.a., 2004).

Bij de meeste oncologische zorgvragers en hun naaste(n) zijn medisch specialisten en verpleegkundigen dé personen met wie zij intensief optrekken. Verpleegkundigen zijn bij uitstek betrokken bij de psychosociale zorg: zij zijn degenen die psychosociale problemen observeren en signaleren en in staat zijn om preventief interventies toe te passen. Psychosociale zorg is dan ook een onderdeel van de verpleegkundige verantwoordelijkheid. Centraal in psychosociale zorg staat dan ook de bejegening van de verpleegkundige: betrokkenheid, vertrouwen en duidelijke communicatie. Verpleegkundigen bieden psychosociale zorg door zorgvragers en hun naaste(n) te steunen, advies en informatie te geven over de aandoening en de gevolgen daarvan. Als iemand een levensbedreigende ziekte krijgt, heeft dit niet alleen invloed op het leven van de zorgvragers maar ook op het leven van hun naaste(n). Bijvoorbeeld de partner, ouders, kinderen, broers en/of zussen kunnen ook te maken krijgen met psychosociale problemen. Uit onderzoek kwam naar voren dat naasten het idee hebben dat ze niet gezien worden (Puttiger e.a., 2004). Het is dus belangrijk, vooral voor verpleegkundigen, dat ze ook aandacht hebben voor de naaste(n).

De organisatie van psychosociale zorg rond oncologische zorgvragers en hun naaste(n) is volgens het Handboek voor professionals 'Psychologische patiëntenzorg in de oncologie' onderverdeeld in twee niveaus: psychosociale basiszorg en gespecialiseerde zorg. Verpleegkundigen bieden basiszorg (Haes e.a., 2009). Het is de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen om vanuit eigen inzicht in te schatten of zij in staat zijn de juiste zorg te bieden en anders zorgvragers en hun naaste(n) door te verwijzen naar gespecialiseerde psychosociale hulpverleners.

2.3.4 Existentiële en spirituele zorg

Existentiële zorg gaat uit van het bestaan, het 'zijn' van de individuele mens. Een existentiële crisis is een toestand van ontreddeing waarin alles als negatief ervaren wordt, waarbij vragen opkomen die de grenzen en de zin van het bestaan, het 'zijn', de bedreigde existentie betreffen (Haes, 2001). Een existentiële crisis kenmerkt zich door gevoelens van angst, paniek, machteloosheid en zinloosheid. Machteloosheid vanwege het onvermogen verandering aan te brengen in de omstandigheden en ziekte. Dit heeft ook invloed op de omgeving, de naaste(n) van de zorgvragers. Psychosociale zorg kan dan in een behoefte voorzien.

In het zoeken van zin in de nieuwe situatie raakt de zorgvrager (ongetwijfeld) in zijn existentiële crisis het gebied aan van spiritualiteit. Spiritualiteit betreft alle mensen. Iedereen probeert betekenis te geven aan het leven (Leget, 2008). Uit een onderzoek bij 1610 zorgvragers bleek dat zorgvragers met een hoog 'spiritualiteitsniveau' in staat zijn een hoog niveau van lichamelijke klachten te verdragen en daarbij het vermogen bewaren om van het leven te genieten. Een ander onderzoek toont aan dat een lage mate van spiritueel welbevinden voorspellend is voor gevoelens van hopeloosheid en doodswens (www.pallialine.nl). Uit het promotieonderzoek 'Towards nursing competencies in spiritual care' van R. van Leeuwen komt naar voren dat verpleegkundigen niet goed voorbereid worden op het verlenen van spirituele zorg (Nursing, 2008).

In een Nederlands onderzoek naar psychische problematiek bij kanker gaf 71 procent van de zorgvragers aan dat met name existentiële problemen op de voorgrond stonden. Het gaat dus om een belangrijk aandachtspunt (Haes, 2001). In Nederland zijn er acht centra voor psychosociale begeleiding van mensen met kanker, waar doorgaans veel aandacht besteed wordt onder andere aan zelfreflectie, ervaringsgericht werken en persoonlijke groei, soms binnen een psychologisch-spiritueel denkkader (Haes, 2001). Vanaf 1 januari 2008 wordt de therapeutische hulp vanuit de ziektekostenverzekering vergoed (www.tegenkanker.nl).

2.3.5 Neuman System Model

Het Neuman System Model (verder te noemen NSM) heeft een aantal theoretische achtergronden. De systeemtheorie is het fundament voor het concept mens en gezondheid, de stress-copingtheorie geeft inhoud aan het concept omgeving en verduidelijkt de uitwisseling tussen het systeem en de omgeving. De preventietheorie is de visie van waaruit het verpleegkundig handelen gestalte wordt gegeven.

Het NSM is opgebouwd aan de hand van vier verpleegkundige concepten:

- Mens: een open cliëntsysteem, opgebouwd uit fysiologische, psychologische, sociaal-culturele, ontwikkelings- en spirituele variabele, in voortdurende interactie met de omgeving.
- Omgeving: alle interne en externe factoren of invloeden die het cliëntsysteem omgeven.
- Gezondheid: welbevinden, optimale stabiliteit van het cliëntsysteem dat ontstaat wanneer alle variabelen in balans verkeren met het geheel van het cliëntsysteem.
- Verpleegkunde: het in standhouden, bevorderen of herstellen van de systeemstabiliteit (Verberk e.a., 2006).

Samenvattend kan gezegd worden dat Hadassa's visie op spiritualiteit en aandacht voor de psychosociale zorg heel goed overeen komt met de aandacht die NSM aan deze gebieden schenkt.

2.4 Toetsing zorgvisie

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de zorgvisie is getoetst. Achtereenvolgens komen het bestuursgesprek, de expertmeeting en de expertraadpleging aan de orde.

2.4.1 Bestuursgesprek

Om de zorgvisie binnen Hadassa te toetsen is een gesprek met het bestuur georganiseerd. Met twee bestuursleden en de oprichtster van stichting Hadassa is de zorgvisie doorbesproken. Het gevolg van het schrijven van de zorgvisie is dat de normen en waarden van stichting Hadassa worden vastgelegd. Door dit gesprek werd achterhaald of het bestuur deze normen en waarden van de zorgverlening onderschrijft en waar nodig is de zorgvisie aangepast.

2.4.2 Expertmeeting

Om de zorgvisie te toetsen aan de praktijk is een groepsgesprek met experts georganiseerd. Daarvoor zijn verschillende mensen benaderd die een sleutelpositie hebben binnen de psychosociale oncologie in de regio Gelderse Vallei. In deze expertmeeting hebben zes experts vanuit hun eigen deskundigheid hun mening gegeven over de zorgvisie. Dit resulteerde in het delen van kennis op het gebied van:

- Christelijk geloof: door een student godsdienst & pastoraal werk en door een christelijke ethicus/filosof (docent HBO-V)
- Psychosociale oncologische zorg: door een cursusleidster remedial teaching psychomotoriek en door een verpleegkundige en rayoncoördinator van een thuiszorgorganisatie
- Palliatieve zorg: door een verpleegkundige en rayoncoördinator van een thuiszorgorganisatie
- Verpleegkundige zorgverlening: door een verpleegkundige en coördinator van een stichting voor psychosociale oncologie en door een verpleegkundige en rayoncoördinator van een thuiszorgorganisatie
- Jongere doelgroep: door een cursusleidster remedial teaching psychomotoriek en door een ervaringsdeskundige oncologie

Verder hebben drie experts uit belangrijke organisaties binnen de psychosociale oncologie meegedacht over de zorgvisie via email, namelijk het Integraal Kankercentrum Oost, het Netwerk Palliatieve Zorg, en een hospice uit de regio Gelderse Vallei. Op deze manier is gewaarborgd dat elk deel van de zorgvisie is beoordeeld door een expert. Deze beoordeling leverde bruikbare feedback op, waardoor de zorgvisie kon worden aangepast aan wat regionaal maar ook landelijk gangbaar is. De feedback van de experts heeft de zorgvisie praktischer en genuanceerder gemaakt.

2.4.3 Expertraadpleging

Om te onderzoeken wat de grenzen zijn van verpleegkundigen binnen de psychosociale oncologie en of deze rol uitgebreid kan worden zijn experts geraadpleegd.

Medeoprichtster van 'Care for Cancer' hanteert binnen de psychosociale oncologie twee niveaus: basiszorg en gespecialiseerde zorg. Verpleegkundigen vallen onder de categorie basiszorg.

De auteurs van het Ponderaport (2002) van het NVPO en IKO hebben zich gehouden aan de indeling van drie niveaus binnen de psychosociale oncologie. Dit is gebaseerd op het boek 'Psychosociale patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor patiëntenzorg' (2001). Verpleegkundigen vallen hierin onder niveau één en twee: informatie, advies en counseling. Verder gaven zij aan dat het de

verantwoordelijkheid van verpleegkundigen zelf is om in te schatten waar de grenzen van hun vakdeskundigheid liggen.

De auteurs van 'Psychosociale patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor patiëntenzorg' (2009) gaan uit van psychosociale oncologie met daarin twee niveaus: psychosociale basiszorg en psychosociale gespecialiseerde zorg. Verpleegkundigen bieden basiszorg. Ze geven aan dat verpleegkundigen zelf moeten bepalen welke bijdrage zij kunnen leveren aan psychosociale oncologie. Dit hangt mede af van de kwalificaties van verpleegkundigen. Daarnaast zijn zij van mening dat de basiszorg uitgebreid kan worden door onder andere bijscholing te geven aan verpleegkundigen. Hadassa sluit aan bij de opvatting dat de psychosociale zorg onderverdeeld kan worden in psychosociale basiszorg en psychosociale gespecialiseerde zorg.

Samenvattend kan gezegd worden dat de verpleegkundige rol binnen de psychosociale oncologie valt binnen de psychosociale basiszorg. Experts ondersteunen de visie van Hadassa dat de verpleegkundige rol uitgebreid kan worden.

Hoofdstuk 3 - Behoeft zorgvragers en naaste(n)

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de deelvraag: 'Waar hebben zorgvragers met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening en hun directe naaste(n) behoefte aan met betrekking tot psychosociale zorg?'. Deze vraag is beantwoord op basis van literatuur, wetenschappelijk onderzoek en ervaringen van zorgvragers.

3.2 Behoeft oncologische zorgvragers en naaste(n) aan psychosociale zorg

In een onderzoek naar ervaringen van oncologische zorgvragers en hun naaste(n) met betrekking tot psychosociale zorg zoals die gegeven wordt door verpleegkundigen, hebben zij het begrip psychosociale zorg omschreven. In deze omschrijving kwamen een aantal kenmerkende eigenschappen van psychosociale zorg naar voren: communicatie, betrokkenheid en vertrouwen. In de praktijk blijkt dat zorgvragers en hun naaste(n) de interactie tussen verpleegkundige en zorgvrager wél herkennen, echter de interactie tussen verpleegkundige en naaste(n) ontbreekt vrijwel altijd (Puttiger e.a., 2004). In het 'Nationaal Programma Kankerbestrijding deel I 2005-2010' wordt beschreven dat naaste(n) niet alleen een belangrijke bron van steun zijn, maar ook zelf ten gevolge van de aandoening negatieve emotionele gevolgen kunnen ondervinden. Ook ontbreekt het geven van (praktische) informatie en ondersteuning, waar zowel zorgvragers als hun naasten behoefte aan blijken te hebben.

Deze behoeften sluiten aan bij de definitie zoals gehanteerd in desbetreffend onderzoek: 'Psychosociale zorg is communicatie, informatie en interactie tussen verpleegkundige en zorgvrager en zijn naaste(n), waarbij sprake is van aandacht voor het individueel, geestelijk en sociaal welbevinden van de zorgvrager en zijn naaste(n). Het gaat om praktische en emotionele ondersteuning met als doel het aanpassen aan de nieuwe situatie en vinden van een nieuw evenwicht, wat uiteindelijk moet leiden tot een verbeterde kwaliteit van leven' (Puttiger e.a., 2004).

Uit een onderzoek naar integrale oncologische zorg blijkt de basale oncologische zorg nog onvoldoende gericht op het structureel signaleren van psychosociale problematiek, waardoor er sprake is van onderdiagnostiek en onderbehandeling (Kruijver, 2001). Ook het 'Nationaal Programma Kankerbestrijding deel I 2005-2010' benoemt de landelijke onderdiagnostiek en – behandeling. Er blijkt in de praktijk dat 25-40% van de zorgvragers behoefte heeft aan psychosociale zorg. Echter, het werkelijke gebruik is 10% (Gazendam e.a, 2008). Het tijdig en adequaat herkennen van psychosociale problematiek is van groot belang, dit is echter nog vaak afhankelijk van de alertheid van de zorgverlener en de mate waarin de zorgvrager zijn problemen uit. Hier ligt een belangrijke taak en verantwoordelijkheid voor verpleegkundigen. Er zijn binnen de psychosociale basiszorg een aantal interventies die verpleegkundigen kunnen hanteren met betrekking tot psychosociale zorg bij zowel zorgvragers als naaste(n): structurele signalering (aandacht voor behoeften van zorgvrager en naasten), emotionele steun en het geven van informatie en begeleiding. Met andere woorden: psychosociale zorg zou integraal onderdeel van het verpleegkundige beroep moeten zijn, zowel in de praktijk als in de opleiding tot (oncologie)verpleegkundige.

In 2008 gaf de Gezondheidsraad de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport advies over nacontrole in de oncologie. Hieruit kwam onder andere naar voren dat psychosociale zorg een integraal onderdeel van de nacontrole dient te zijn, het is echter niet duidelijk hoe dit er precies uit

zou moeten zien. Zowel stimulering als prioritering van onderzoek hiernaar is nodig (www.gr.nl). In haar promotierapport 'Overleven of leven? Kwaliteit van leven na kanker' roept ook gezondheidspsycholoog F. Mols op systematisch aandacht te schenken aan alle (psychosociale) gevolgen van oncologische aandoeningen (www.uvt.nl). Het 'Nationaal Programma Kankerbestrijding deel I 2005-2010' ziet signalering als onderdeel van integrale zorg. Een screeningsinstrument kan hierbij behulpzaam zijn. Het programma heeft dan ook als doelstelling dat er in 2010 een screeningsinstrument beschikbaar en algemeen ingevoerd is en dat dit is opgenomen in de landelijk richtlijnen voor oncologische zorg. De behoefte aan psychosociale zorg bij oncologische zorgvragers moet worden gedetecteerd en daarna zal er hulpaanbod plaatsvinden. Daarnaast stelt zij als doel dat in 2010 effectieve vormen van psychosociale zorg:

- zijn opgenomen in de richtlijnen voor oncologische zorg
- onderdeel is van alle relevante opleidingen en
- onderdeel is van het basispakket (Jongejan e.a., 2004).

Hoofdstuk 4 - Verpleegkundige competenties

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: ‘Welke competenties hebben verpleegkundigen nodig om psychosociale zorg te verlenen aan mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening?’. Deze deelvraag is beantwoord door middel van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek. Na de onderzoeksopzet volgen de resultaten, conclusies, discussie en aanbevelingen.

4.2 Onderzoeksopzet

In dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre verpleegkundigen competent zijn om psychosociale zorg te verlenen aan oncologische zorgvragers. Zonder kennis hierover is Hadassa niet in staat gerichte ondersteuning te bieden aan verpleegkundigen in de praktijk, waardoor Hadassa haar doelstelling om psychosociale zorg te bevorderen niet voldoende kan behalen. Hadassa heeft het vermoeden dat verpleegkundigen competent zijn of kunnen worden om psychosociale zorg te verlenen aan zorgvragers in de thuissituatie. Hadassa vindt dan ook dat de rol van de verpleegkundigen in de psychosociale zorg aan oncologische zorgvragers kan worden uitgebreid omdat zij voor veel zorgvragers, naast de medisch specialist, dé personen met wie zij intensief optrekken (Puttiger e.a. 2004). Hierdoor is de drempel, in vergelijking met andere disciplines, laag. Vanuit dit contact kunnen verpleegkundigen ook psychosociale problemen signaleren en observeren en zijn zij in staat om preventief interventies in te zetten.

De doelstelling van dit onderzoek is:

Hadassa weet hoe competent verpleegkundigen zijn om psychosociale zorg te verlenen aan mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening.

De vraagstelling luidt als volgt:

Hoe competent zijn verpleegkundigen om psychosociale zorg te verlenen aan mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening?

De deelvragen die hieruit volgen zijn:

1. Welke competenties hebben verpleegkundigen met betrekking tot psychosociale zorg volgens de literatuur?
2. Welke competenties zeggen verpleegkundigen dat ze hebben met betrekking tot psychosociale zorg?
3. Welke competenties zeggen verpleegkundigen dat ze willen hebben met betrekking tot psychosociale zorg?

Het antwoord op deelvraag één is door middel van literatuuronderzoek verkregen. De methode die gehanteerd wordt voor het literatuuronderzoek is de sneeuwbalmethode en de Big6TM (zie hoofdstuk 2.3).

Het antwoord op de deelvraag twee en drie is verkregen door semi-gestructureerde interviews, omdat er dan alle ruimte is voor inbreng van de respondent, wat nieuwe informatie kan opleveren en waarbij doorgevraagd kan worden naar beleving, motieven en ervaringen. Bij het semi-gestructureerd interview heeft de interviewer een topiclijst als globale structuur, en het vervolg is

afhankelijk van de antwoorden van de respondent. Op deze manier werd een beeld verkregen van welke competenties verpleegkundigen zeggen dat ze wel of niet hebben met betrekking tot psychosociale zorg.

De gegevens zijn verwerkt door middel van kwalitatieve analyse van de interviews (coderen, waarden en sorteren).

De populatie bestaat uit respondenten: personen bij wie informatie over henzelf of over hun situatie te verkrijgen is, zij vertegenwoordigen zichzelf (Baarda e.a., 2001). Er is een representatieve steekproef genomen van verpleegkundigen (MBO-, HBO, en oncologieverpleegkundigen) in de eerste lijn (thuiszorg) die te maken hebben met oncologische patiënten. Aan 'multizorg' (transferbureau) van het Ziekenhuis Gelderse Vallei is een lijst gevraagd met de thuiszorginstellingen waarnaar zij doorverwijzen, dit zijn vijftien thuiszorginstellingen. Hieruit zijn de zorginstellingen geselecteerd waar zij het meest gebruik van maken. Die zijn benaderd met de vraag hoeveel en welke verpleegkundigen er bij hen in dienst zijn, om zo een compleet beeld te krijgen van de totale populatie. In de regio Gelderse Vallei zijn zes oncologieverpleegkundigen, drie verpleegkundigen gespecialiseerd op palliatieve zorg en tenminste 158 basisverpleegkundigen werkzaam. Vervolgens is aan instellingen gevraagd of zij bereid waren mee te werken aan de interviews. De instellingen die niet reageerden en niet mee konden en/of wilden werken vielen automatisch af. In dit opzicht is de populatie dus een niet-gerichte selectie, het is een steekproef van de omschreven populatie van onderzoekseenheden (Baarda e.a., 2007. Baarda e.a., 2001). Het totaal aantal respondenten is zes: twee oncologieverpleegkundigen, twee HBO-verpleegkundigen en twee MBO-verpleegkundigen.

4.3 Resultaten

In deze paragraaf wordt de werkwijze van het praktijkonderzoek weergegeven, waarna een beantwoording van de deelvragen volgt.

4.3.1 Competentiematrix

In antwoord op deelvraag één staan in een matrix (*zie bladzijde 18*) de deelcompetenties van MBO-, HBO- en oncologieverpleegkundigen die betrekking hebben op het verlenen van psychosociale basiszorg bij oncologische zorgvragers. Alle verpleegkundigen die gespecialiseerde psychosociale zorg bieden, vallen buiten de competentiematrix (bijvoorbeeld de sociaal-psychiatisch verpleegkundige). De deelcompetenties zijn de eindtermen van de curricula van de drie genoemde opleidingen. De eindtermen geven inzicht in hoeverre verpleegkundigen in theorie competent zijn om psychosociale zorg te verlenen. In het onderzoek onder verpleegkundigen in de praktijk is getoetst in hoeverre zij daadwerkelijk de betreffende competenties bezitten en waarin zij ondersteuning wensen. Hadassa wil weten in hoeverre verpleegkundigen per niveau/functie al competent zijn om psychosociale zorg te verlenen, zodat gerichte ondersteuning kan plaatsvinden om de psychosociale oncologische zorg te bevorderen.

De competenties voor psychosociale zorgverlening vallen onder de taken die zorgvragergebonden zijn volgens het beroepsprofiel van verpleegkundigen (Leistra e.a, 2004). Dat betekent dat de organisatie- en professiegebonden taken niet aan de orde komen in de competentiematrix. Een competentie is een samenhangende set van kennis, houding en vaardigheden die nodig is om effectief te kunnen handelen in de werksituatie (CHE, 2008).

De manier van selectie van competenties wordt hieronder verantwoord:

Er is gekeken naar de wijze waarop de deelcompetenties pasten binnen de vier hoofdtaken die gebruikt worden bij de Integrale KankerCentra (IKC, 2009), namelijk: advies en voorlichting, emotionele ondersteuning, ondersteuning bij beslissingen, psychosociale signalering en verwijzing. Hierin zijn de deelcompetenties onderverdeeld.

De deelcompetenties van de HBO-verpleegkundige zijn geselecteerd op basis van het boek 'Met het oog op de toekomst' (Pool e.a., 2001) en 'De steen de berg op rollen' (Pool e.a., 2004), waarin de competenties genoemd worden die nodig zijn om psychosociale zorg te verlenen. De formulering van de deelcompetenties is gebaseerd op de succescriteria uit het competentieprofiel van de HBO-verpleegkundige zoals de Christelijke Hogeschool Ede die heeft verwoord.

De deelcompetenties van de MBO-verpleegkundige zijn geselecteerd op basis van het beroepscompetentieprofiel (NIZW, 2005). De indeling in kerntaken sluit een aantal competenties in betreffend psychosociale zorgverlening.

De deelcompetenties van de oncologieverpleegkundige zijn geselecteerd uit het curriculum van de verpleegkundige vervolgopleiding Oncologie van het European Oncology Nursing Society (EONS, 2005). De oncologieopleiding is een aanvulling op de basisopleiding MBO of HBO, wat in de matrix wordt weergegeven met een dubbele streep.

Algemene competentie	Deelcompetenties MBO-verpleegkundige	Deelcompetenties HBO-verpleegkundige	Deelcompetenties oncologieverpleegkundige
Advies en voorlichting	- Pro-actief voorlichting, advies en instructie geven aan zorgvragers en mantelzorg over het behouden of verbeteren van de gezondheids- of bestaanssituatie van de zorgvrager en indien nodig (pro-actief) corrigerende handelingen uit te voeren - Informatie en advies op een begrijpelijke manier over te brengen zodat de zorgvrager en zijn naasten de informatie en het advies begrijpen	- Feitelijke informatie aan de zorgvrager verstrekken over zaken die te maken hebben met onderzoek, behandeling, hulpverlenings-mogelijkheden en/of kennis over de gevolgen van de ziekte - Informatie op een verantwoorde manier geven - Zich verplaatsen in diegene op wie de GVO gericht is en op zo'n wijze instructie geven dat de zorgvrager het begrijpt en de instructie kan opvolgen - Zo nodig barrières wegnemen die het de zorgvrager moeilijk maken om inderdaad wat met de desbetreffende informatie te doen - Coördinatie en continuïteit van de GVO bewaken indien meerdere disciplines bij die hulpverlening betrokken zijn - De naaste(n) van de zorgvrager betrekken bij de voorlichting	- De actuele en veranderende behoeften aan informatie beoordelen van de patiënt, zijn naasten en de personen die hem bijstaan - Uitleggen wat de impact is op het leven met kanker op de gezondheids- ziekte-toestand van de zorgvrager en zijn omgeving - De principes en toepassing uitleggen van de meest gebruikelijke behandelingen - Ervoor zorgen dat de kankerpatiënt de nodige informatie en toelichtingen kan vinden teneinde zijn keuze van de meest geschikte behandeling te bevorderen
Emotionele ondersteuning	- Vooruit denken bij het handelen en anticiperen op gezondheids- en daaraan gerelateerde bestaansproblemen, zodat deze waar mogelijk worden voorkomen of niet verergeren - Begeleiding bieden aan zorgvragers, mantelzorg en naasten op psychosociaal gebied zodat de zorgvrager kan omgaan met ziekte en de gevolgen daarvan en de problemen voorkomen worden - Inleven in de zorgvrager en zijn mantelzorg en/of naasten, zodat geanticipeerd kan worden op de behoeften van de zorgvrager en zijn mantelzorg	- Een open, vertrouwd klimaat scheppen, waarin de zorgvrager zijn emoties kan uiten - Gesprekstechnieken kunnen toepassen (explorerend) - Methodisch preventie toepassen en gebruikmaken van wetenschappelijke kennis en patiëntenvoorkeuren bij het uitvoeren van primaire, secundaire en tertiaire preventieve interventies (psychisch, sociaalcultureel, spiritueel) - Expertise over doelgroep gebruiken	- Een reeks van communicatietechnieken aanwenden om het welzijnsgevoel van de kankerpatiënt te vergroten - Patiënten met kanker en hun naasten de mogelijkheid geven hun bezorgdheden en angsten te uiten en hier op gepaste wijze op antwoorden, door te leren tekens van angst, stress en depressie te herkennen - De patiënt aanmoedigen inzicht te krijgen in zijn ziekte en in de diagnose

	en/of naasten en zij zich gehoord en gesteund voelen	- Inschatten van de wijze waarop de zorgvrager zich probeert aan te passen aan de ziekte en de situatie	- Uitgaan van een holistische, tolerante, niet-discriminerende en zorggerichte benadering die de rechten, waarden, religieuze overtuigingen en wensen van de zieken en hun naasten respecteert
Ondersteuning bij keuzes/beslissingen	- De zorgvrager aanzetten en stimuleren tot het zelfstandig uitvoeren van handelingen en het maken van keuzes, zodat de zorgvrager met steun van mantelzorg en/of naasten zoveel mogelijk de regie en autonomie over zijn leven heeft en behoudt - Passende omgevingscondities en randvoorwaarden creëren waardoor de ontwikkeling / de 'genezing' van de zorgvrager zoveel mogelijk bevordert wordt	- Een probleemanalyse maken van individuele vraagstukken en daarvoor oplossingsrichtingen aandragen - Oplossingsrichtingen formuleren voor dagelijkse problemen en daarbij vakinhouden vertalen naar dagelijks handelen - Gebruik maken van interventiemethoden die de zorgvrager stimuleren tot gewenst gedrag, gericht op de autonomie van de zorgvrager - Het toepassen van kennis over zelfmanagement - Op een proactieve wijze concrete aanwijzingen geven aan zorgvragers, familieleden en zorgverleners over de mensen en middelen die aangewend moeten worden om de zorg te realiseren	
Psychosociale signalering en verwijzing (IKC, 2009)	- Beoordelen hoe de verpleegkundige werkzaamheden zich verhouden tot de deskundigheid en werkzaamheden van anderen en hier conclusies uit te trekken (NIZW, 2005)	- Inschatten of voor de beheersing van de angst en onzekerheid deskundigen ingeschakeld dienen te worden (Pool A. e.a., 2004) - Kent de grenzen van de eigen vakdeskundigheid en kan deze in voorkomende situaties aangeven - De juiste instellingen en personen (disciplines) op het juiste moment inschakelen (CHE, 2008) - Samenwerken met artsen, psychologen en pastores	- De verschillende rollen, verantwoordelijkheden en functies van een oncologieverpleegkundige beschrijven - Het invoeren van een systematische evaluatie (met behulp van de geschikte instrumenten) van de patiënt met kanker en zijn naasten - Prioriteiten stellen aan de gezondheidsproblemen en de patiënt de gepaste noodbehandeling toedienen of hem doorverwijzen naar een specialist (EONS, 2005)

Uit de competentiematrix blijkt het volgende:

- HBO-verpleegkundigen hebben een aantal competenties voor psychosociale zorgverlening meer dan MBO-verpleegkundigen:
 - o Coördinatie en continuïteit van de GVO bewaken indien meerdere disciplines bij die hulpverlening betrokken zijn (Advies en voorlichting)
 - o Gesprekstechnieken kunnen toepassen (explorerend) (Emotionele ondersteuning)
 - o Gebruik maken van wetenschappelijke kennis (Emotionele ondersteuning)
 - o Een probleemanalyse maken van individuele vraagstukken en daarvoor oplossingsrichtingen aandragen (Ondersteuning bij beslissingen)
 - o Oplossingsrichtingen formuleren voor dagelijkse problemen en daarbij vakinhouden vertalen naar dagelijks handelen
 - o Inschatten of voor de beheersing van de angst en onzekerheid deskundigen ingeschakeld dienen te worden (Psychosociale signalering en verwijzing)
 - o Samenwerken met artsen, psychologen en pastores
- Oncologieverpleegkundigen hebben een aantal competenties die specifiek gericht zijn op oncologische zorgvragers. Het verschil tussen oncologieverpleegkundige en MBO- of HBO-verpleegkundige zit in de hoeveelheid kennis die de oncologieverpleegkundige heeft over de betreffende ziektebeelden, behandelingen e.d., waardoor zij beter in staat is aan te sluiten bij de behoeften van de zorgvrager. Verder is zij meer gericht op het signaleren van psychosociale problematiek door middel van meetinstrumenten. Dit ontbreekt in de competenties bij MBO- en HBO-verpleegkundigen.

4.3.2 Interviews

De interviews zijn semigestructureerd. De interviews zijn opgebouwd uit vier topics, namelijk de vier hoofdtaken binnen de psychosociale oncologie:

- advies en voorlichting
- emotionele ondersteuning
- ondersteuning bij beslissingen
- psychosociale signalering en verwijzing (IKC, 2009)

Per hoofdtak is aan verpleegkundigen gevraagd naar aanwezige competenties en ontbrekende competenties.

Om de interviewvragen te controleren op geldigheid, is een pilot uitgevoerd. De deelnemer aan de pilot had direct te maken met het psychosociale zorg aan oncologische zorgvragers op de poli in het Gelderse Vallei ziekenhuis te Ede. Bij het afnemen van de pilot is gelet op de volgende punten:

- Leiden de vragen tot specifieke informatie betreffende de competenties?
- Zijn de vragen begrijpelijk voor de respondenten?
- Moeten er onderwerpen worden toegevoegd of geschrapt?
- Hoe lang duurt het interview?

Het resultaat van de analyse van de pilot is:

- Op de hoofdvragen vragen werd specifiek antwoord gegeven. Er was daarbij soms sturing nodig naar vaardigheden, houding en kennis om een zo concreet mogelijk antwoord te krijgen.
- De vragen waren begrijpelijk voor de respondenten, enkele subvragen zijn verduidelijkt. Bij één hoofdvraag wordt ter verduidelijking een voorbeeld gegeven.

- Aan de hand van één startvraag kwam het interview al voldoende op gang bij de respondent. Daarom is één van de startvragen geschrapt.
- Het interview duurde 45 minuten.

Aan de hand van de analyse van de pilot zijn de vragen en opbouw van het interview definitief vastgesteld.

Van elk interview is een letterlijk verslag geschreven, een verbatim. Daarna zijn de onderstaande stappen gevolgd:

1. Informatie selecteren op relevantie
2. Relevante tekst opsplitsen in fragmenten
3. De fragmenten voorzien van labels (kenmerkend woord)
4. Ordenen en reduceren van labels
5. Vaststellen van de geldigheid van de labels
6. Definiëren van kernlabels
7. Vaststellen van intersubjectiviteit (Baarda e.a. 2001, Baarda e.a. 2007)

Stap één, twee en drie zijn door twee leden van de projectgroep onafhankelijk doorlopen. Dit waarborgt voor een deel de geldigheid van de fragmenten en labels. Door de labels van alle zes interviews met elkaar te vergelijken en de overlap ertussen weg te halen, bleef één geldig systeem van labels over. Dit is het uiteindelijke resultaat van de interviews. In een tabel staat samengevat welke competenties verpleegkundigen hebben (deelvraag 2) of willen hebben (deelvraag 3).

Om de intersubjectiviteit te bepalen, is een steekproef uitgevoerd. Willekeurig zijn drie interviews geselecteerd (50% van de interviews). De gemaakte labels zijn gecontroleerd door een derde persoon uit de projectgroep, door vanuit de verbatims labels vast te stellen en deze te vergelijken met de oorspronkelijke labels.

Naar aanleiding van de steekproef zijn:

- een aantal labels verduidelijkt
- een enkel label bijgevoegd
- een enkel label verwijderd

Dit betekent een kleine verbetering ten opzichte van de oorspronkelijke labels. De steekproef heeft weinig invloed op het grotere geheel van de resultaten. De oorspronkelijke labels bleken dus nagenoeg geldig en dekkend te zijn. Wel zijn de labels in alle interviews herzien op duidelijkheid. Daardoor is de geldigheid van de labels gewaarborgd.

Oncologieverpleegkundigen

Kernlabel	Label
<i>Advies en voorlichting</i>	
Deelvraag 2	Aandacht voor naaste(n)
	Aansluiten bij behoeften van zorgvrager
	Advies/instructie/voorlichting geven
	Analyseren zorgvraag
	Doorvragen
	Inleven
	Kennis
	Luisteren

	Multidisciplinair werken
	Praktische ondersteuning
Deelvraag 3	Omgaan met gezinssituatie
	Ondersteuning mantelzorg
	Reflecteren op beroepsmatig handelen
<i>Emotionele ondersteuning</i>	
Deelvraag 2	Aandacht voor naaste(n)
	Aansluiten bij behoeften van zorgvrager
	Analyseren zorgvraag
	Autonomie bevorderen
	Doorverwijzen
	Doorvragen
	Emoties benoemen
	Investeren in relatie met zorgvrager
	Luisteren
	Observeren
	Open houding
	Oplossingsrichtingen aandragen
	Rust in houding
Deelvraag 3	Gesprekstechnieken
	Omgaan met negatieve gevoelens van zorgvragers
<i>Ondersteuning bij beslissingen</i>	
Deelvraag 2	Aandacht voor naaste(n)
	Aansluiten bij behoefte van zorgvrager
	Advies/instructie/voorlichting geven
	Analyseren zorgvraag
	Autonomie bevorderen
	Coördinatie van zorg
	Inzicht vergroten
	Keus bij zorgvrager laten
	Ondersteuning mantelzorg
	Praktische ondersteuning
Deelvraag 3	Aansluiten bij behoeften zorgvrager
	Stervens- en rouwbegeleiding
<i>Psychosociale signalering en doorverwijzing</i>	
Deelvraag 2	Advies/instructie/voorlichting geven
	Analyseren zorgvraag
	Bewust zijn van grenzen van vakdeskundigheid
	Communicatie met zorgvrager
	Doorvragen
	Gebruik maken van signaleringsinstrumenten
	Kennis van verwerkingsstrategieën
	Multidisciplinair werken
	Open houding
	Signaleren
<i>Overig</i>	
	Zorgvragersspecifieke begeleiding

Kernlabel	Label
<i>Advies en voorlichting</i>	
Deelvraag 2	Aansluiten bij behoeften van zorgvrager
	Advies/instructie/voorlichting geven
	Kennis
	Methodisch werken
	Ondersteuning mantelzorg
	Stimuleren en motiveren
Deelvraag 3	Methodisch werken
	Stimuleren en motiveren
<i>Emotionele ondersteuning</i>	
Deelvraag 2	Aansluiten bij behoeften van zorgvrager
	Analyseren zorgvraag
	Autonomie bevorderen
	Communicatie met zorgvrager
	Emoties benoemen
	Inleven
	Inzicht vergroten
	Luisteren
	Multidisciplinair werken
Deelvraag 3	Methodisch werken
	Omgaan met geslotenheid van zorgvrager
<i>Ondersteuning bij beslissingen</i>	
Deelvraag 2	Aandacht voor naaste(n)
	Inzicht vergroten
	Praktische ondersteuning
	Zorgvrager centraal stellen
Deelvraag 3	Consequent ondersteunen
	Eigen gevoelens hanteren
	Rust in houding
<i>Psychosociale signalering en doorverwijzing</i>	
Deelvraag 2	Analyseren zorgvraag
	Bewust zijn van grenzen van vakdeskundigheid
	Doorverwijzen
	Multidisciplinair werken
Deelvraag 3	Bewust zijn van grenzen van vakdeskundigheid
	Kennis m.b.t. doorverwijsmogelijkheden
<i>Overig</i>	
	Doorvragen
	Observeren

MBO-verpleegkundigen

Kernlabel	Label
<i>Advies en voorlichting</i>	
Deelvraag 2	Aandacht voor naaste(n)
	Aansluiten bij behoeften van zorgvrager
	Advies over doorverwijzen
	Advies/voorlichting/instructie integreren in dagelijkse zorg
	Analyseren zorgvraag
	Bewust zijn van grenzen van vakdeskundigheid
	Communicatie met zorgvrager
	Gesprekstechnieken
	Leerhouding
	Luisteren
	Multidisciplinair werken
	Observeren
	Ondersteuning mantelzorg
	Open houding
	Praktische ondersteuning
	Proactief denken
	Signaleren
	Zorgspecifieke begeleiding
Deelvraag 3	Gesprekstechnieken
	Kennis
	Reflecteren op beroepsmatig handelen
<i>Emotionele ondersteuning</i>	
Deelvraag 2	Aandacht voor naaste(n)
	Aansluiten bij behoeften van zorgvrager
	Advies/instructie/voorlichting geven
	Analyseren zorgvraag
	Autonomie bevorderen
	Doorverwijzen
	Doorvragen
	Duidelijkheid bieden
	Evalueren met zorgvrager
	Luisteren
	Observeren
	Overdragen aan collegae
	Rust in houding
	Signaleren
	Zorgspecifieke begeleiding
Deelvraag 3	Reflecteren op beroepsmatig handelen
<i>Ondersteuning bij beslissingen</i>	
Deelvraag 2	Aandacht voor naaste(n)
	Autonomie bevorderen
	Bewust zijn van grenzen van vakdeskundigheid
	Doorvragen

	Duidelijkheid bieden
	Inleven
	Keus bij zorgvrager laten
	Luisteren
	Mogelijkheden aanreiken
	Observeren
	Praktische ondersteuning
	Proactief denken
	Signaleren
<i>Psychosociale signalering en doorverwijzing</i>	
Deelvraag 2	Aandacht voor naaste(n)
	Aansluiten bij behoeften van zorgvrager
	Bewust zijn van grenzen van vakdeskundigheid
	Doorverwijzen
	Gebruikmaken van middelen m.b.t. informatievoorziening
	Mogelijkheden aanreiken
	Multidisciplinair werken
	Overdragen aan collegae
	Signaleren
	Stimuleren en motiveren
	Zorgvrager centraal stellen
Deelvraag 3	Kennis
	Reflecteren op beroepsmatig handelen
<i>Overig</i>	
	-

Nadat deze stappen zijn doorlopen, zijn de resultaten naast de deelvragen gelegd. Als eerste zijn de competenties die verpleegkundigen zeggen dat ze bezitten, vergeleken met de competentiematrix. Verder bleek dat de labels een direct antwoord zijn op de deelvragen welke competenties verpleegkundigen zeggen dat ze hebben of willen hebben met betrekking tot psychosociale zorg. Met het antwoord op de deelvragen is het tweede deel van de hoofdvraag van het project beantwoord.

4.4 Conclusies

Het antwoord op de onderzoeksvraag geeft tegelijkertijd antwoord op het tweede deel van de hoofdvraag: 'Waarom kan Hadassa de competenties van verpleegkundigen in psychosociale zorg voor mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening vanuit deze zorgvisie ondersteunen?'

Het onderzoek is uitgevoerd met als uitgangspunt de onderzoeksvraag: 'Hoe competent zijn verpleegkundigen om psychosociale zorg te verlenen aan mensen met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening?'

Deze vraag is beantwoord aan de hand van de resultaten van de drie deelvragen. De conclusie wordt, evenals de laatste twee deelvragen, gedeeld in welke competenties verpleegkundigen zeggen dat ze hebben en welke competenties verpleegkundigen zeggen dat ze willen hebben.

MBO-verpleegkundigen

De competenties die worden genoemd in de interviews zijn bij elke hoofdtak overeenkomstig met de competentiematrix.

Competenties die wel in de interviews worden genoemd, maar die niet terug te vinden zijn in de competentiematrix, zijn:

- Gesprekstechnieken: doorvragen, luisteren
- Leerhouding
- Zorg evalueren met zorgvrager
- Rust in houding

Dit zou kunnen betekenen dat MBO-verpleegkundigen in praktijk meer competenties hebben dan in de literatuur benoemd wordt.

MBO-verpleegkundigen noemen de volgende competenties die ze willen hebben:

- Gesprekstechnieken
- Kennis van advies en voorlichting
- Reflecteren op beroepsmatig handelen
- Kennis van psychosociale signalering en doorverwijzing

HBO-verpleegkundigen

De competenties die worden genoemd in de interviews zijn bij elke hoofdtak overeenkomstig met de competentiematrix.

Er worden geen andere competenties genoemd. Dit zou kunnen betekenen dat HBO-verpleegkundigen in praktijk dezelfde competenties hebben als in de literatuur benoemd wordt.

HBO-verpleegkundigen noemen de volgende competenties die ze willen hebben:

- Methodisch werken
- Stimuleren en motiveren
- Omgaan met geslotenheid van zorgvrager
- Consequent ondersteunen bij beslissingen
- Eigen gevoelens hanteren
- Rust in houding
- Bewustzijn van grenzen van vakdeskundigheid
- Kennis met betrekking tot doorverwijsmogelijkheden

Oncologieverpleegkundigen

De competenties die worden genoemd in de interviews zijn bij elke hoofdtak overeenkomstig met de competentiematrix.

Competenties die wel in de interviews worden genoemd, maar die niet terug te vinden zijn in de competentiematrix, zijn:

- coördinatie van zorg
- ondersteuning mantelzorg
- kennis van verwerkingsstrategieën

Dit zou kunnen betekenen dat oncologieverpleegkundigen in praktijk meer competenties hebben dan in de literatuur benoemd wordt.

Oncologieverpleegkundigen noemen de volgende competenties die ze willen hebben:

- Omgaan met gezinssituatie
- Ondersteuning mantelzorg
- Reflecteren op beroepsmatig handelen
- Gesprekstechnieken
- Omgaan met negatieve gevoelens van zorgvragers
- Aansluiten bij behoeften van zorgvragers
- Stervens- en rouwbegeleiding

Samenvattend kan gezegd worden dat alle competenties uit de opleidingsprofielen door verpleegkundigen worden genoemd in de interviews. Dit betekent dat verpleegkundigen over de vereiste competenties beschikken. Daarnaast noemen MBO- en oncologieverpleegkundigen competenties waar zij wel over beschikken, maar die niet in hun opleidingsprofiel genoemd worden. Naast de competenties waarover ze beschikken, noemen verpleegkundigen ook competenties die ze willen uitbreiden of verwerven.

4.5 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden naar aanleiding van de zorgvisie en het praktijkonderzoek aanbevelingen voor Hadassa genoemd.

4.5.1 Zorgvisie

Om de zorgvisie organisatorisch te realiseren, beveelt de projectgroep aan dat de zorgvisie op korte termijn wordt vertaald naar de praktijk. Dit zal ook inhouden dat het Neuman System Model multidisciplinair door Hadassa zal worden geïmplementeerd.

4.5.2 Verpleegkundige competenties

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat verpleegkundigen zeggen de volgende competenties te willen hebben:

MBO-verpleegkundigen	- Gesprekstechnieken - Kennis van advies en voorlichting - Reflecteren op beroepsmatig handelen - Kennis van psychosociale signalering en doorverwijzing
HBO-verpleegkundigen	- Methodisch werken - Stimuleren en motiveren - Omgaan met geslotenheid van zorgvrager - Consequent ondersteunen bij beslissingen - Eigen gevoelens hanteren - Rust in houding - Bewustzijn van grenzen van vakdeskundigheid - Kennis met betrekking tot doorverwijsmogelijkheden

Oncologieverpleegkundigen	- Omgaan met gezinssituatie - Ondersteuning mantelzorg - Reflecteren op beroepsmatig handelen - Gesprekstechnieken - Omgaan met negatieve gevoelens van zorgvragers - Aansluiten bij behoeften van zorgvragers - Stervens- en rouwbegeleiding
---------------------------	---

Het advies aan Hadassa is om te voorzien in deze behoefte. Dit kan gerealiseerd worden door middel van educatie op de genoemde competenties.

4.6 Discussie

Voor de het verwerven van interviews zijn vijftien organisaties benaderd via email en telefoon.

Er zijn minder verpleegkundigen geïnterviewd dan wenselijk was, doordat een aantal afspraken niet doorgingen en verschillende organisaties niet bereid waren mee te werken. De vraag kan gesteld worden of zes interviews voldoende zijn om de totale populatie te vertegenwoordigen. Uit de resultaten van de interviews kwam naar voren dat er dubbelingen waren in de antwoorden die werden verkregen, waardoor meer interviews waarschijnlijk geen toegevoegde waarde zouden hebben. Het aantal interviews bleek hierbij voldoende te zijn om tot een gegronde conclusie en aanbeveling te komen.

Hoewel de transmurale verpleegkundigen in de onderzoekspopulatie waren opgenomen, bleek het niet mogelijk om hen te interviewen. Wanneer dit wel was gebeurd, was de populatie waarvoor de resultaten gelden groter geweest.

Het aantal MBO-, HBO- en oncologieverpleegkundigen zijn opgevraagd, om op deze wijze inzicht te krijgen in het totaal aantal verpleegkundigen die werkzaam zijn in de thuiszorg. Van de vijftien organisaties kon dit van twee organisatie niet achterhaald worden. Er kan dus niet met zekerheid gezegd worden hoeveel verpleegkundigen in dit onderzoek worden vertegenwoordigd. Het minimale is 167, echter in werkelijkheid zal deze groep groter zijn.

Voor het selecteren van de competenties van oncologieverpleegkundigen is het profiel van EONS (internationaal) gebruikt. Later bleek echter dat beroepsvereniging V&VN ook een opleidingsprofiel heeft van oncologieverpleegkundigen, wat mogelijk meer bekendheid heeft. Het opleidingsprofiel van EONS is echter recenter en internationaal. Daarom heeft de projectgroep ervoor gekozen toch dit opleidingsprofiel aan te houden. Dit heeft als consequentie dat de competenties mogelijk minder herkenbaar zijn.

Bronvermelding

Adriaansen, M. (1996). *Psychosociale begeleiding, actief of passief?* TVZ, nr. 16, blz. 491

Baarda D.B., Goede de M.P.M., Meer-Middelburg van der A.G.E. (2007), *Basisboek Interviewen. Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. 2^e druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff

Baarda D.B., Goede de M.P.M., Teunissen J. (2001), *Basisboek kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. 1^e druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff

Baart A. en Grypdonck M. (2008), *Verpleegkunde en presentie*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA

Bergman H., Oosterbeek B. en Wernsen G. (2008), *Samenwerken. Marketingcommunicatie-adviesrapport*. Ede: CHE

Blei K. (1997), *Kerk onderweg: over Geest, kerk en oecumene*. 1^e druk. Zoetermeer: uitgeverij Boekencentrum.

Boon L. (1996), *Zorgvisies&Management*. 1^e druk. Amstelveen: Stichting Sympoz, platform voor Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg.

Boot J.M., Knapen M.H.J.M. (2005), *De Nederlandse gezondheidszorg*. 8^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Brink-Tjebbes van den J.A., Keij J.A. (1997), *Verplegen in verbondenheid. De verpleegde centraal. Gevolgen voor verplegingspraktijk en verplegingswetenschap*. 1^e druk. Utrecht: de Tijdstroom.

Centraal Bureau Fondsenwerving (CBF), *CBF-keur*. Geraadpleegd op 10.03.09: http://www.cbf.nl/CBF_Keurmerk_verklaring/1_CBF-Keur.php

CHE (2008), *Onderwijsgids verpleegkunde 2008/2009*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.

Coelho (2006), *Zakwoordenboek der geneeskunde*. 28^e druk. Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg

Cusveller B. (2004), *Met zorg verbonden. Een filosofisch studie naar de zindimensie van verpleegkundige zorgverlening*. 1^e druk. Amsterdam: Buijten & Schipperheijn Motief

Cuyvers, G. (1999) *Succesvol veranderen: permanente organisatieontwikkeling als uitdaging*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.

Dankers-van der Spek M., (2000) *Communicatie en teamwork in de lerende organisatie*. 1^{ste} druk. Baarn: uitgeverij Nelissen.

EONS: European Oncology Nursing Society (2005), Voortgezet Curriculum Programma voor Oncologieverpleegkundigen. Geraadpleegd op 09.04.09: <http://www.cancerworld.org/CancerWorld/getStaticModFile.aspx?id=1031>

Garssen B., Kok E. de, Kruijver I.P.M., Kuiper A.J. en Visser A.P. (2008), *Signaleren op recept. Implementatie van de signaleringslijst voor psychosociale problematiek in de oncologie*. Helen Dowling Instituut.

Gazendam-Donofrio S. en Hoekstra-Weebers J. (2008), *Psychosociale signalering en het IKNO*. Psychosociale Oncologie, jaargang 16, nummer 3.

Gezondheidsraad. *Nacontrole in de oncologie. Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen*. Geraadpleegd op 02.03.09: <http://www.gr.nl/samenvatting.php?ID=1517>

Goedendorp M.M, Gielissen M.F, Verhagen C.A, Bleijenberg G. *Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults*. Pubmed. Geraadpleegd op 05.02.09: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Hadassa. *Missie & visie*. Geraadpleegd op 10.03.09: www.hadassa-pso.nl

Haes de J.C.J.M., Gualthérie van Weezel L.M. en Sanderman R. (2009), *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional*. 2  druk. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV

Ham van der H., Pool, J. en Vaessen, J. (2006) *De verpleegkundige als coach*. 1  druk. Utrecht/Zutphen: uitgeverij ThiemeMeulenhoff.

Healthcare Christian Fellowship Nederland, RMU sector Gezondheidszorg en Welzijn ‘Het Richtsnoer’, VakGMV (Veenendaal, 2005), *Christelijke beroepscode voor verpleegkundigen en andere werkers in de gezondheidszorg*. Alblasterdam: drukkerij Verloop

Heijst van, A. geciteerd door: Pasch van de T. en Adriaansen M. (2009) *Menslievende professionaliteit doet aan perspectief-wisseling*. TVZ, Jaargang 119, nummer 2, pagina 20 – 22

HKZ, *Schema’s*. Geraadpleegd op 16.02.09 op: http://www.hkz.nl/component/option,com_schema/task,viewAllAf/Itemid,151/

Hoogenboezem J. en Garssen J., *Kanker nu doodsoorzaak nummer één* Geraadpleegd op 21-02-2009: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-2687-wm.htm>

Hummel H., Otter R., Meer de J.P. en Vries de J. (2009), *Integrale oncologische zorgpaden. Opzet en toepassing*. 1  druk. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV

Hunink G.H., Bijl van der J.J., Cusveller B.S., Leenaarts-Gunnewijk E, van Linge R.H. en van Swieten-Duijfjes E. (2000), *Kwaliteit en deskundigheid in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. 1  druk. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhof.

IKC: Integrale Kankercentra (2009), *Psychosociale zorg*. Geraadpleegd op 06.04.09: http://www.ikcnet.nl/IKR/thema_s/psychosociale__na_zorg/index.php

IKO, *Samenwerkingsverband UMC Radboud*. Geraadpleegd op 18.02.09: http://www.ikcnet.nl/IKO/thema_s/kwaliteit_oncologische_zorg/index.php?id=985

IKO-nieuws, *Palliatieve zorg is een taak van elke hulpverlener*. Geraadpleegd op 18.02.09: http://www.ikcnet.nl/uploaded/FILES/IKO/homepage%20IKO/nieuwsbrief/Iko_19523_Nws_jrg26_nr2_def.pdf

Integraal kanker centrum. *Kanker in Nederland*. Geraadpleegd op 21-02-2009: <http://www.ikcnet.nl/page.php?id=114>

Jochemsen H. en Leeuwen van E. (2005), *Zinervaring in de zorg: over de betekenis van spiritualiteit in de gezondheidszorg*. Centrum voor Ethiek en Levensbeschouwing Assen: Van Gorcum

Jong de J.H.J., Kerstens J.A.M. en Salentijn C. (1989), *Basisboek 1 Inleiding in de verpleegkunde*. 1^e druk. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema BV

Jong de J.H.J., Kerstens J.A.M., Sesink E.M., Vermeulen M.M. (2003), *Handboek verpleegkunde*. 1^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Jongejan B.A.J., Hummel H., Roelants H.J., Lugtenberg G. en Engelmoer-Hoekstra G.E. (2004), *Nationaal Programma Kankerbestrijding deel I 2005-2010*. Leens: Grafische Industrie De Marne.

Kempen P. en Keizer J. (2006), *Competent afstuderen en stagelopen. Een advieskundige benadering*. 1^e druk. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff BV

Klaucke C. (Nursing), *Prof. Kris Vissers over pijn bij kanker*. Geraadpleegd op 18.02.09:
<http://www.nursing.nl/verpleegkunde/specialismen/article/4102/prof-kris-vissers-over-pijn-bij-kanker/5>

Kooij A., Tuinman M. (2002), *Het Pondesrapport: Psychosociale Oncologie in Nederland. Een inventarisatie naar Deskundigheidsbevordering en mogelijke lacunes*. Geraadpleegd op 23.02.09:
<http://www.ikcnet.nl/uploaded/bibliotheek/document/pondesrapport.pdf>

Kooij A., Tuinman M., Boonstra K., Garssen B. en Gualthérie van Weezel L.M., *Meer scholing gewenst op het gebied van de psychosociale oncologie? Eindverslag van het Pondes-project: Psychosociale Oncologie in Nederland. Een inventarisatie naar deskundigheidsbevordering en mogelijke lacunes*. Groningen, november 2002.

Kuipers-Bos, A. (1994) *Doeltreffend onderhandelen*. 1^e druk. Deventer: Kluwer.

Leeuwen R. (2008), *Towards nursing competencies in spiritual care*. Enschede: Ipskamp printpartners

Leeuwen van R. (maart, 2008) *Spirituele zorg*, Tijdschrift voor verpleegkundigen. Jaargang 117

Leget C. (2008) *Van levenskunst tot stervenskunst*. 1^{ste} druk. Tielt: Lannoo bv

Leistra E., Liefhebber S., Geomini M., Hens H. (2004), *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. 1^e druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg

Linksma M. en Scholten M. (2007) *Coachen op competentieontwikkeling*. 6^e druk. Soest: uitgeverij Nelissen.

Loon van J. (2004), *Psychosociale zorg voor oncologiepatiënten. Ook de naaste wil aandacht*. In: Nursing nr. 12, pag. 20 t/m 21

McCloskey J.C., Bulechek G.M. (2001), *Verpleegkundige interventies*. Tweede druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg

Meer van der C. (1992), *Omgaan met ernstig zieken*. 1^e druk. Kampen: Kok

Ministerie van VWS (MinVWS) (1996), *Kwaliteitswet zorginstellingen*. Geraadpleegd op 10.03.09:
http://www.minvws.nl/folders/zzoude_directies/gzb/kwaliteitswet_zorginstellingen.asp

Molenaar A. en Wetering van de M. (2006), *Psychosociale zorg: vanzelf-sprekend? Een onderzoek naar psychosociale begeleiding: de behoefte van de cardiologische patiënt en het aanbod van de verpleegkundige*. 1^e druk. Ede: CHE

Müller J. (1994), *Hij geneest al uw kwalen: visie op christelijke psychotherapie*. 1^e druk, Nederlandse editie. Kampen: uitgeverij Kok.

NCCN: National Comprehensive Cancer Network (2009), *Clinical Practice Guidelines in oncology: Distress Management*. Geraadpleegd op 02.04.09:

http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf

Netwerk palliatieve zorg regio Gelderse Vallei (2006), *Beschrijving van een zorgproces. Project 'doorstroom van palliatief terminale patiënten' in de regio Gelderse Vallei*.

Netwerk palliatieve zorg regio Gelderse Vallei (2006), *Verwijsgids palliatief (terminale) zorg. Voor (professionele) hulpverleners regio Gelderse Vallei*.

NIZW: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (2005), *Beroepscompetentieprofiel MBO-verpleegkundige*. Geraadpleegd op 06.04.09:

www.praktijkopleiden.nl/index.php?p=7&s=2&document_id=435

NPZ: Netwerk Palliatieve Zorg Eemland (sept. 2008). *Brochure: Clientenraden en palliatieve zorg*. Geraadpleegd op 12.03.09 op: www.netwerkpalliatievezorg.nl/eemland.

NVPO: Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie, *Wat is de nvpo*. Geraadpleegd op 10.03.09:

www.nvpo.nl/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=26&Itemid=54

NVPO. *Richtlijnen in ontwikkeling*. Geraadpleegd op 18.02.09 op:

<http://www.nvpo.nl/index.php?option=content&pcontent=1&task=view&id=62&Itemid=87>

Oosterman-Meulenbeld A.C. (1992), *De eerstelijnszorg in juridisch perspectief*. 1^e druk. Arnhem: Gouda Quint bv.

Pallialine *Existentiële zorg*. Geraadpleegd op 18-02-2009:

www.pallialine.nlhttp://www.pallialine.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=410

Pallialine. Redactie Palliatieve zorg: richtlijnen voor de praktijk. Geraadpleegd op 18-02-2009: www.pallialine.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=410

Pool A. en Egtberts J. (1998), *Verpleegkundige psychosociale zorg aan chronisch zieken. Tussen thuis en ziekenhuis*. 1^e druk. Utrecht: NIZW

Pool A. en Egtberts J. (2004), *De steen de berg op rollen. Theorie en praktijk van verpleegkundige psychosociale zorg aan chronisch zieken*. 2^e druk. Utrecht: NIZW

Pool A., Pool-Tromp C., Veltman-van Vugt F., Vogel S. (2001), *Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen*. 8^e druk. Utrecht: NIZW Uitgeverij

Puttiger J.B. en Risseeuw C.W. (2004) *Ervaringen van oncologiepatiënten en hun relevante naaste met betrekking tot psychosociale zorg zoals die gegeven wordt door verpleegkundigen op de verpleegafdeling*. Levv Databank Onderzoek. Geraadpleegd op 05.02.09:

<http://www.levv.nl/index.php?id=107>

Rijken P.M en Hijemans M.W.J.M en Bensing J.M., *Adaptieve opgaven als uitgangspunt voor de psychosociale zorg voor somatisch chronisch zieken*. Geraadpleegd op 18.02.2009: http://igitur-archive.library.uu.nl/fss/2007-0917-200326/bensing_04_adaptieve_opgaven.PDF

Rijt van J.H.M., Kooij A. en Koopman J. (2003), *Door kanker uit balans. Gezinsbegeleiding door eerstelijns psychologen*. 1^e druk. Assen: Van Gorcum

Spanjer, M (2004), *De eenvoud van projectmatig werken*. 1^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem

Starr, J. (2008) *Praktijkgids voor coaches*. 2^e druk. Den Haag: Sdu uitgevers bv.

Steggerda G.E., Vissers A. P., Samwel J.J.A., Tummers R.M.N en Ament H.A. (1997), *Psychosociale zorg in een algemeen ziekenhuis voor mensen met kanker*. 1^e druk. Nijmegen: IKO

Stockman R. *Zorg op maat en met een gelaat*. Geraadpleegd op 18.02.09 op http://books.google.nl/books?id=ueDLvvs5CpgC&pg=PA209&lpg=PA209&dq=oecumenisch+christelijke+zorgverlening&source=web&ots=Dsa80KouF2&sig=Q7VYK3bbmj54uNUBJQHkI1th2tQ&hl=nl&ei=CvicSYrbLpiq-gbi3IXcBA&sa=X&oi=book_result&resnum=10&ct=result

Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), *HKZ keurmerk*. Geraadpleegd op 10.03.09: <http://www.hkz.nl/content/view/1514/1351/>

Tegenkanker. *Psychosociale begeleiding*. Geraadpleegd op 21-02-2009: <http://www.tegenkanker.nl/index.php?pageid=74>

Timmerman-Van Rhee J., Jochemsen H., Ridder de-Sneep N.A. *Levensvragen. Een christelijke visie op geestelijke zorg in de terminale palliatieve zorgverlening*. Geraadpleegd op 05.03.09: <http://www.lindeboominstituut.nl/assetmanager.asp?aid=32>

Uitterhoeve R. (2009), Verpleegkundigen herkennen emoties bij kanker niet. Nursing platform verpleging en verzorging. Geraadpleegd op 05.05.09: www.nursing.nl/home/nieuw/4811/verpleegkundigen-herkennen-emoties-bij-kanker-niet

Universiteit van Tilburg. *Promotie drs. F. Mols. Overleven of leven? Kwaliteit van leven na kanker*. Geraadpleegd op 02.03.09: <http://www.uvt.nl/faculteiten/fsw/archief/promoties/mols/>

Van Dale Lexicografie (1996), *Groot Woordenboek Hedendaags Nederlands*. CD-Rom versie 1.1, Utrecht/Antwerpen

Vellenga J. (1992), *Zin, ziel, zorg: over levensbeschouwing en geestelijke gezondheidszorg*. 1^e druk. Uitgeverij J.H. Kok, Kampen.

Verberk F. en Kuiper de M. (2006), *Verpleegkunde volgens het Neuman System Model. Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk*. 4^e druk. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV

Verhoeven N. (2007), *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger beroeps onderwijs*. 4^e druk. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Vissers K., *Vroeger in de behandeling aandacht voor palliatieve zorg*. Geraadpleegd op 18.02.09: <http://www.umcn.nl/scientist/>

Vissers K.C.P. (2006), *Inaugurele rede: Palliatieve zorg als 'heerkunst': preventie en integratie in de levenscyclus!* Radboud Universiteit Nijmegen. Geraadpleegd op 10.03.09:
www.ru.nl/aspx/download.aspx?File=/contents/pages/11712/visserskrishele-maal230606.pdf

Wal van der G. (2009), *Zorgketen voor kankerpatiënten moet verbeteren. Onderzoek naar de kwaliteit van de oncologische zorgketen voor patiënten die worden behandeld met radiotherapie*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Wester F., Smaling A., Mulder L. (2000), *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. 1e druk. Bussum: uitgeverij Coutinho

Bijlagen

1. Zorgvisie
2. Competenties van verpleegkundigen in de psychosociale oncologische zorgverlening



Bijlage 1

Zorgvisie

1. Inleiding

1.1 Stichting Hadassa

Het is de missie van stichting Hadassa om vanuit een oecumenisch christelijke visie een proces op gang brengen ter bevordering van de psychosociale oncologie in de regio Ede. Hadassa is een jonge stichting in opbouw en een praktisch kenniscentrum, omdat ze trainingen geeft en innovatieve projecten uitvoert. Ze wil op termijn een therapeutisch centrum realiseren, in samenwerking met bestaande instellingen en disciplines in de eerste lijn, op de polikliniek en in de transmurale zorg. Hadassa onderscheidt zich door haar aandacht voor zingeving en door haar focus op de jongere doelgroep (<45 jaar).

In de naam en het logo van Hadassa komt de inspiratie naar voren van waaruit zij is ontstaan. Het spreekt van leven en sterven, van moed en loslaten, van hoop en perspectief voor zorgvragers met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening en hun naaste(n). Deze existentiële vragen vindt Hadassa een belangrijk aandachtspunt binnen de psychosociale zorgverlening. Dit wordt bevestigd door een Nederlands onderzoek naar psychische problematiek bij kanker, waarin 71 procent van de zorgvragers aangaf dat met name existentiële problemen op de voorgrond staan (Haes de, 2009).

1.2 Doel van zorgvisie

De zorgvisie heeft als doel de missie van Hadassa in praktijk gestalte te geven. De visie moet de organisatie richting geven, een bestemming in de toekomst (Cuyvers, 1999). De zorgvisie ondersteunt Hadassa in het proces van opbouw. De zorgvisie oefent invloed uit op de organisatie Hadassa doordat het een ijkpunt is voor medewerkers en samenwerkingspartners, doordat het medewerkers focust op relevante activiteiten en doordat het een kader schept aan de hand waarvan medewerkers kunnen afleiden op welke wijze activiteiten worden ingevoerd en hoe ze passen binnen het grote geheel (Bergman e.a, 2009).

De zorgvisie bestaat uit een verantwoordingsdocument over de normen en waarden van Hadassa, ondersteund door een theoretisch kader (basisfilosofie, ideologie en beroepscode) waarop de zorgverlening wordt gebaseerd. De zorgvisie is multidisciplinair, met specifieke aandacht voor de rol van de verpleegkundige.

2. Visie van Hadassa

2.1 Visie op zorgvrager

Hadassa wil psychosociale zorg verlenen vanuit een oecumenisch christelijke visie aan alle zorgvragers die door een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening zich psychisch onwel bevinden, sociaal disfunctioneren of de samenhang van zingeving kwijt zijn (Pool e.a. 2004).

Hadassa wil het bedreigde bestaan, waar draagkracht en draaglast uit balans zijn (zie casus), beschermen. Hadassa ziet de zorgvrager en zijn naaste(n) als scheepsel en beeld van God. Elk mens is als scheepsel van God uniek en kostbaar. Dit betekent dat ieder mens respect verdient, juist in zijn specifieke problematiek. Vanuit dit respect wil Hadassa de zorgvrager en zijn autonomie centraal stellen.

Zorgvragers en hun naaste(n) hebben ruimte nodig om de levensbeschouwelijke dimensie van het leven en de problematiek aan de orde te stellen, omdat die dimensie – juist in een crisissituatie zoals de diagnose ‘kanker’ – meestal zeer essentieel is (Vellenga, 1992). Hadassa wil vanuit deze behoefte fundamenteel openheid bieden aan spiritualiteit (Stockman, 2009). Er zal bij elke zorgvrager naar wens ruimte gecreëerd worden om te zoeken naar antwoorden op levensvragen; de grote vragen van het leven waarvoor veel mensen een antwoord zoeken in hun levensbeschouwing of religie.

Casus Anna heeft kanker

Ik had al een tijdje klachten. De huisarts stuurt mij direct naar het ziekenhuis. De chirurg laat een echo maken. Er verschijnen drie grote ronde vlekken op het scherm. Waarschijnlijk is het een infectie. Ik zoek een simpele verklaring. Op 14 november komt de uitslag... de vlekken zijn kwaadaardig, het is een uitzaaiing en het is nu van belang zo snel mogelijk de primaire tumor te vinden.

Gelaten onderga ik alle onderzoeken, zie begripvolle ogen. Dagen zijn gevuld met ziekenhuisbezoeken.

Spanning, veel spanning. Mijn lever is goed, longen zijn schoon, botten prima..... En ik? ik staar langs de dokter en geloof er niets van. In mijn lijf zit Pacman, en die eet rustig door. Ik begrijp niets meer van de wereld om me heen. Alles draait door en voor mij staat alles stil. Complete chaos in mijn hoofd, ik krijg mijn gedachten niet stil, het dreunt dag en nacht door JE HEBT KANKER JE HEBT KANKER JE HEBT KANKER. Af en toe zet ik met medicijnen de mallemlen stil, even niet denken, even geen chaos, even geen kanker.

2.2 Visie op zorgverlening

Hadassa voelt zich verantwoordelijk voor het bieden van professionele ondersteuning aan zorgvragers, vanwege het beroep wat het lijden van de zorgvragers op hen doet. Hiermee sluit Hadassa zich aan bij de volgende filosofische gedachte over zorgverlening: *Zorgverlening als bewogen ondersteuning wortelt in de beroepsverantwoordelijkheid dat het lijden van de zorgvrager een beroep doet op de zorgverlener, om met professionele competentie deze mens te ondersteunen in het omgaan met de gevolgen die zijn verstoorte vermogens hebben voor zijn bestaan* (Cusveller, 2004). Die bewogenheid met de nood van de zorgvrager komt voort uit respect voor het leven van de mens, als uitwerking van het Bijbelse liefdesgebod: je naaste(n) liefhebben als jezelf (Healthcare e.a. 2005). Het begin van deze menslievende zorg is relationele betrokkenheid en zorgzaamheid om de zorgvrager bij te staan in de kwetsbaarheid die de ziekte met zich mee brengt (Heijst van, 2009). Hadassa vindt dat zorgverlening zich kenmerkt door barmhartigheid, empathie, vertrouwen en geduld. Dit correspondeert met de presentietheorie, waar de zorgverlener aansluit bij de gevoelens

van de zorgvrager en daardoor kan begrijpen wat er voor de zorgvrager gedaan kan worden (Baart e.a. 2008). Hadassa wil in haar zorgverlening het accent leggen op kwaliteit van leven. Dit noemt Hadassa levenszorg: geen dagen aan het leven toevoegen maar leven aan de dagen, zodat een optimaal welbevinden bereikt wordt binnen de mogelijkheden van de zorgvrager.

Hadassa benadert de zorgvrager vanuit het verpleegkundig Neuman System Model (NSM), een hulpmiddel om de zorgvraag van de zorgvrager en de naaste(n) in kaart te brengen. Het doel van de zorgverlening vanuit NSM is optimaal welbevinden van de zorgvrager en naaste(n) te bereiken. Dit model gaat uit van vier centrale concepten: Mens, Omgeving, Gezondheid en Verpleegkunde.

Het model deelt het concept Mens op in vijf variabelen:

- fysiologisch
- psychologisch
- sociaal-cultureel
- ontwikkeling
- spiritueel (zie casus)

Het model gaat dus uit van een holistische benadering van de mens. Gezondheid (optimaal welbevinden) wordt bereikt als de variabelen in balans zijn. Het concept Omgeving bestaat uit interne en externe factoren

die invloed hebben op de balans van de variabelen. De zorgverlening (concept Verpleegkunde) heeft als doel deze balans in stand te houden, te bevorderen of te herstellen, door het juist inschatten van de zorgvraag en het begeleiden bij het afstemmingsproces op de omgeving, zodat optimaal welbevinden bereikt wordt, binnen de mogelijkheden van de zorgvrager (Verberk, 2002).

Het voordeel van het model voor Hadassa is dat het model nadrukkelijk oog heeft voor de omgeving van de zorgvrager, wat overeenkomt met Hadassa's aandacht voor de naaste(n) van de zorgvrager. Het model kan bovendien ook op een gezin

Casus Anna heeft kanker

We benaderen Anna vanuit het Neuman System Model. Het concept Mens bestaat uit vijf variabelen, die zicht geven op de zorgvraag van Anna:

→ Fysiologisch: Anna heeft kanker met uitzaaiingen. Ze ondergaat een operatie, krijgt bestralingen en chemotherapie. Ze krijgt te maken met de gevolgen hiervan, zoals vermoeidheid, haaruitval, braken enz.

→ Psychologisch: Anna is depressief geweest in verleden. Ze voelt zich door de kanker machteloos, is bang om te sterven, heeft schuldgevoel naar omgeving. Schaamte, eenzaamheid, ontreddering, onbegrepen voelen, depressie, angst voor terugkeer kanker spelen een rol.

→ Sociaal-cultureel: Anna is getrouwd, is moeder, werkt als bloemiste (arbeidstherapeutisch).

→ Ontwikkeling: Anna is 35 jaar, moeder van kinderen en wil deze graag volwassen zien worden, wil graag oma worden, wil graag werken.

→ Spiritueel: Anna krijgt te maken met existentiële vragen. Hulpbronnen van Anna zijn: positief denken, zelfredzaamheid, geloof in groei na een zware periode, ondersteunen van naaste(n).

Gezondheid wordt bereikt als de variabelen in balans zijn. Bij Anna zijn alle variabelen in meer of mindere mate uit balans. Haar welbevinden is dus sterk verminderd. Vanuit de omgeving spelen interne factoren een rol: Anna zelf heeft te kampen met gevoelens van machteloosheid, ontreddering, eenzaamheid. Ook externe factoren spelen een rol: Anna's omgeving heeft het moeilijk, waardoor die nauwelijks in staat is Anna te steunen. De omgeving brengt de variabelen ook uit balans.

Het doel van de zorgverlening (concept Verpleegkunde) is bij Anna om de balans van de variabelen weer te herstellen. Hiervoor is het nodig dat de zorgvraag juist wordt ingeschat, dat Anna en haar omgeving begeleid worden, zodat het welbevinden van Anna gaat stijgen, voor zover dat voor Anna mogelijk is.

Casus Anna heeft kanker

'Mijn man en kinderen hebben het ook moeilijk. Ze moeten machteloos toezien en zijn bang dat ik dood ga. Kanker brengt veel verdriet voor de omgeving met zich mee'.

toegepast worden, naast de individuele zorgvrager. Daarnaast wordt veel aandacht gegeven aan de spirituele variabele, wat Hadassa belangrijk vindt.

Het verpleegkundige model NSM kan ook multidisciplinair gebruikt worden (Verberk, 2002).

2.2.1 Visie op spiritualiteit en existentiële crisis

Belangrijke thema's in de psychosociale oncologie zijn spiritualiteit en existentiële problematiek. Een existentiële crisis is een toestand van ontreddeing waarin alles als negatief ervaren wordt, waarbij vragen opkomen die de grenzen en de zin van het bedreigde bestaan betreffen, en waarbij gevoelens opkomen van angst, paniek en machteloosheid (Haes de, 2009). In het zoeken van zin in de nieuwe situatie doorloopt de zorgvrager een proces dat men een spiritueel proces zou kunnen noemen. Spiritualiteit betreft alle mensen (Leget, 2008). Hadassa gaat uit van de definitie: *'Onder spiritualiteit verstaan we het levensbeschouwelijk functioneren van de mens, waartoe ook de vragen van zinverving en zingeving gerekend worden. Levensbeschouwelijk functioneren doet iedereen en niet alleen mensen die een bepaalde religie aanhangen. Het gaat bij spiritualiteit om alle mogelijke – van godsdienstige tot alledaagse – bronnen van inspiratie. Spiritualiteit heeft invloed op het hele bestaan, en heeft meer te maken met een levenshouding dan met een af te bakenen levensgebied. Het is een dynamisch, geen statisch begrip'* (Jochemsen H. e.a. 2005). In de richtlijn 'Existentiële crisis' van het VIKC staat beschreven dat zorgvragers met een hoog spiritualiteitsniveau in staat zijn een hoog niveau van lichamelijke klachten te verdragen en daarbij het vermogen bewaren om van het leven te genieten. Een ander onderzoek toont volgens de richtlijn aan dat een lage mate van spiritueel welbevinden voorspellend is voor gevoelens van hopeloosheid en doodswens (pallialine.nl, 2009). Hieruit blijkt het belang van zorg voor spiritualiteit. Hadassa richt zich daarom op het spiritueel welbevinden bij zorgvragers, vanuit een oecumenisch christelijke visie. In verband hiermee is de participatie van pastores en predikanten in een op termijn te realiseren therapeutisch centrum van groot belang.

Casus Anna heeft kanker

Hoe kon dit toch gebeuren? Waarom? Waarom? Waarom?
Gek word ik van mijn hoofd, ik krijg mijn gedachten niet stil.
Chaos, complete verwarring, werd het maar stil, was ik alvast maar dood...

Opeens staat de dood in mijn leven.
De wereld stopt met draaien.
Het is alleen nog ik, ik en de dood.
Hij moet een plaats in mijn leven krijgen.

Ik moet leren accepteren dat hij in mijn leven gekomen is
Maar dat lukt mij nog niet zo erg.
Ik wil de dood nog niet onder ogen zien,
Ik wil nog leven.
Ik wil nog wat tijd hebben.
Hij moet weg uit mijn leven, het verstikt me.
Over mijn angst om dood te gaan kan ik met niemand spreken.
Het is mijn strijd, mijn gevoel, mijn angst,
Mijn verdriet, mijn eenzaamheid.
Ik haat die kanker!

2.2.2 Visie op palliatieve zorg

Palliatieve zorg neemt een grote plaats in binnen de psychosociale oncologie. Hadassa gaat uit van de volgende definitie van palliatieve zorg, die de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 2002 heeft opgesteld: *Palliatieve zorg is een benadering, die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en het verlichten van lijden door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en het behandelen van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.* Hadassa richt zich op de psychosociale en spirituele problematiek binnen de palliatieve zorg, op een

zodanige manier dat de zorgvrager deze zorg ervaart als een beschermende mantel (NPZ, 2008). Hadassa wil ook na het overlijden van de zorgvrager nazorg aan de naaste(n) bieden. Belangrijk binnen de palliatieve zorg is een holistische visie op zorg (Visser, 2006). Hadassa onderschrijft deze visie en geeft deze visie concreet vorm in het Neuman System Model (zie paragraaf 2.2).

2.3 Visie op psychosociale oncologie

Hadassa gaat ervan uit dat psychosociale zorg communicatie, informatie en interactie is tussen zorgverlener, zorgvrager en naaste(n), waarbij sprake is van aandacht voor het individueel, geestelijk en sociaal welbevinden van de zorgvrager en zijn naaste(n). Het gaat om ondersteuning met als doel het aanpassen aan de nieuwe situatie en het vinden van een nieuw evenwicht, wat uiteindelijk moet leiden tot een verbeterde kwaliteit van leven (Puttiger e.a. 2004). Die ondersteuning bestaat uit vier hoofdtaken: advies en voorlichting, emotionele ondersteuning, ondersteuning bij beslissingen, en signalering en verwijzing (IKC, 2009).

De psychosociale zorg binnen de oncologie wordt onderverdeeld in 'basiszorg' en 'specifieke zorg' (zie schema). Hadassa wil een lans breken voor uitbreiding van de psychosociale basiszorg die verpleegkundigen verlenen aan zorgvragers in de eerste lijn. Hadassa wil verpleegkundigen ondersteunen in het verwerven van competenties om hun basiszorg uit te breiden.

Met het uitbreiden van de psychosociale basiszorg wil Hadassa bevorderen dat zorgvragers met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening meer psychosociale zorg ontvangen. In het document '*De competenties van verpleegkundigen in de psychosociale oncologische zorgverlening*' wordt beschreven waarom Hadassa het nodig vindt dat de psychosociale basiszorg uitgebreid wordt en waarom verpleegkundigen hiertoe in staat zijn.

- 1. Basiszorg**
 - Intramurale zorg: klinisch en poliklinisch
 - Medische specialisten
 - (Gespecialiseerde) verpleegkundigen
 - Paramedici
 - Extramurale zorg
 - Huisartsen
 - Wijkverpleegkundigen, Thuiszorg, Bedrijfsgeneeskundigen

2. Gespecialiseerde psychosociaal oncologische zorg
 - Intramurale zorg
 - Medisch maatschappelijk werk
 - Ziekenhuispsychologen
 - Psychiaters
 - Geestelijke verzorgers
 - Extramurale zorg
 - Zelfstandig gevestigde psychologen, psychotherapeuten, psychiaters
 - Netwerken van speciaal getrainde psychologen / psychotherapeuten
 - Gespecialiseerde psychosociaal oncologische centra (IPSO)

© De Haes e.a. 2009

2.4 Visie op organisatie

Hadassa heeft de ambitie om op termijn een therapeutisch centrum te realiseren. Hadassa wil dan gaan voldoen aan de algemeen geldende kwaliteitsstandaarden binnen de betrokken

beroepsgroepen en therapeutische centra, om goede zorg te kunnen verlenen. Kwalitatief goede zorg is verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt, en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend (Jong e.a. 2003. Hunink e.a. 2000).

Een therapeutisch centrum is een zorginstelling en valt daardoor onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996). Dat betekent dat Hadassa verantwoorde zorg moet leveren, bewust kwaliteitsbeleid moet voeren, een kwaliteitssysteem moet hanteren (met expliciete normen waaraan de zorgverlening moet voldoen) en een kwaliteitsjaarverslag moet schrijven (MinVWS, 1996). Om de zorgverlening genormeerd en toetsbaar te maken wil Hadassa als therapeutisch centrum het HKZ keurmerk verkrijgen. Het HKZ keurmerk maakt voor Hadassa zichtbaar dat het kwaliteitssysteem voldoet aan eisen die vanuit de psychosociale oncologie zelf, door financiers, zorgvragers en de overheid worden gesteld. Het HKZ keurmerk wordt verleend via een certificatieschema of normstelsel wat past bij het primaire proces van Hadassa (HKZ, 2009).

Binnen de psychosociale oncologie valt Hadassa onder Instellingen PsychoSociale Oncologie (IPSO) Concentris, de koepelorganisatie voor therapeutische centra. IPSO Concentris heeft een richtlijn voor toelating, waar Hadassa als therapeutisch centrum aan moet voldoen.

Verder wordt Hadassa ondersteund door het Integraal Kankercentrum Oost (IKO), een samenwerkingsverband van zorgverleners en instellingen in de oncologische en palliatieve zorg. Het Netwerk Palliatieve Zorg Gelderse Vallei ondersteunt Hadassa bij het bieden van integrale zorg. Daarnaast kan Hadassa gebruik maken van de richtlijnen van de VIKC, o.a. de richtlijn *'Spirituele zorg'*.

Hadassa kan ook ondersteuning ontvangen van de Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO, 2009), door middel van lidmaatschap van deze vereniging. Ook kan Hadassa bestaande richtlijnen over psychosociale zorgverlening gebruiken als onderbouwing van de eigen zorgverlening (o.a. de richtlijn *'Detecteren behoefte psychosociale zorg'* van het NVPO).

Bijlage 2

Competenties van verpleegkundigen in de psychosociale oncologische zorgverlening

1. Inleiding

In dit document wordt beschreven waarom Hadassa het nodig vindt dat de psychosociale basiszorg wordt uitgebreid en waarom verpleegkundigen dit kunnen realiseren. Met het uitbreiden van de psychosociale basiszorg wil Hadassa bevorderen dat zorgvragers in de eerste lijn met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening meer psychosociale zorg ontvangen.

Hadassa wil verpleegkundigen ondersteunen in het verwerven van competenties om hun basiszorg uit te breiden. Daarom is het voor Hadassa belangrijk om te weten waarin verpleegkundigen in de psychosociale basiszorg competent zijn, zodat ze gerichte ondersteuning kan bieden. Het onderzoek van een projectgroep van Hadassa geeft antwoord op de vraag wat verpleegkundigen volgens de verschillende opleidingsprofielen zouden moeten kunnen, waarin verpleegkundigen in de praktijk competent zijn en waarin zij nog competenties willen verwerven.

2. Achtergrond

Er is behoefte aan uitbreiding van de psychosociale basiszorg op het gebied van signalering, behandeling, verwijzing en emotionele ondersteuning. Dit blijkt uit verschillende wetenschappelijke onderzoeken:

- Uit een onderzoek naar integrale oncologische zorg blijkt dat de psychosociale basiszorg nog onvoldoende gericht op het structureel signaleren van psychosociale problematiek, waardoor er sprake is van onderdiagnostiek en onderbehandeling (Garssen, 2001).
- Verder blijkt uit onderzoek dat een merendeel van de oncologische zorgvragers goed in staat blijkt emotionele, sociale en zingevingsproblemen te verwerken, maar dat een aanzienlijk deel (25-40%) zoveel distress ervaart dat deze zorgvragers verwezen zouden moeten worden naar gespecialiseerde zorg. Het blijkt echter dat slechts zo'n 10% van alle oncologische zorgvragers gebruik maakt van deze ondersteunende diensten. Het lijkt er daarmee op dat een deel van de zorgvragers niet de zorg krijgt waaraan het behoefte heeft (Gazendam e.a., 2008).
- Daarnaast heeft recent verschenen wetenschappelijk onderzoek laten zien dat verpleegkundigen onvoldoende getraind zijn om emotionele problemen bij oncologische zorgvragers te herkennen en daar adequaat op te reageren (Uitterhoeve, 2009).

Hadassa denkt dat verpleegkundigen uitbreiding van de psychosociale basiszorg kunnen realiseren, als zij hierin ondersteund worden, omdat:

- voor veel zorgvragers met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening en hun naaste(n) verpleegkundigen, naast de medisch specialist, dé personen zijn met wie zij intensief optrekken (Puttiger e.a. 2004). Verpleegkundigen zijn door het intensieve contact in staat psychosociale problemen te observeren, te signaleren en om (preventief) psychosociale interventies in te zetten. Dit heeft alles te maken met het uitgangspunt van het verpleegkundige beroep: de zorgvrager is een psycho-sociaal-somatische eenheid. Deze drie aspecten zijn

onlosmakelijk met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar voortdurend. De verpleegkundige verleent zorg aan de zorgvrager zonder deze eenheid te scheiden, dat is de holistische zorgverlening.

- het contact tussen zorgvrager en verpleegkundige laagdrempelig is doordat ze intensief met elkaar optrekken. Dit is van belang bij psychosociale problematiek. De drempel om naar een gespecialiseerde hulpverlener te gaan ligt hoger omdat er nog geen zorgrelatie is en omdat specialistische zorg meer gericht is op het behandelen van problemen als op preventie.

De grens van de verpleegkundige psychosociale zorgverlening wordt door de verpleegkundige beroepscode aangeduid als: *de verpleegkundige kent de grenzen van haar deskundigheid en beroepsverantwoordelijkheid en weet adequaat door te verwijzen naar andere hulpverleners* (Healthcare e.a. 2005). De grens ligt daar waar de psychosociale problemen van de zorgvrager pathologisch zijn, of wanneer de zorgvrager een therapie nodig heeft. Om adequaat door te kunnen verwijzen heeft de verpleegkundige bepaalde competenties nodig. Een competentie is een samenhangende set van kennis, houding en vaardigheden die nodig is om effectief te kunnen handelen in de werksituatie (CHE, 2008).

3. Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek geeft antwoord op de vraag wat verpleegkundigen volgens de verschillende opleidingsprofielen zouden moeten kunnen.

De deelcompetenties van MBO-, HBO- en oncologieverpleegkundigen die betrekking hebben op het verlenen van psychosociale zorg staan weergegeven in een competentiematrix (zie bijlage).

De competentiematrix laat zien dat HBO-verpleegkundigen meer competenties hebben dan MBO-verpleegkundigen, met name competenties die de psychosociale basiszorg overstijgen. HBO-verpleegkundigen staan dichterbij oncologieverpleegkundigen dan MBO-verpleegkundigen.

Verder valt op dat oncologieverpleegkundigen een aantal competenties hebben die specifiek gericht zijn op oncologische zorgvragers. Het verschil tussen oncologieverpleegkundigen en MBO- of HBO-verpleegkundigen zit in de hoeveelheid kennis die de oncologieverpleegkundige heeft over de betreffende ziektebeelden, behandelingen etc., waardoor zij beter in staat is aan te sluiten bij de behoeften van de zorgvrager. Verder is zij meer gericht op het signaleren van psychosociale problematiek door middel van meetinstrumenten. Dit ontbreekt in de competenties bij MBO- en HBO-verpleegkundigen.

4. Praktijkonderzoek

Het antwoord op de vraag waarin verpleegkundigen in de praktijk competent zijn en waarin zij nog competenties willen verwerven, is verkregen door het afnemen van interviews. Het onderzoek heeft plaatsgevonden onder MBO-, HBO- en oncologieverpleegkundigen in de eerste lijn in de regio Gelderse Vallei.

De competenties die verpleegkundigen in de praktijk genoemd hebben, zijn vergeleken met de competentiematrix. Hieruit is geconcludeerd dat alle competenties uit de opleidingsprofielen door verpleegkundigen genoemd worden in de interviews. Dat betekent dat verpleegkundigen beschikken over de vereiste competenties volgens hun opleidingsprofiel.

Een tweede gegeven wat opvalt, is dat MBO- en oncologieverpleegkundigen competenties noemen waar zij wel over beschikken, maar die niet in hun opleidingsprofiel genoemd worden. Bij MBO-verpleegkundigen gaat dit over gesprekstechnieken (doorvragen, luisteren), houding (rust uitstralen, leerhouding) en het evalueren van zorg.

Bij oncologieverpleegkundigen gaat dit over coördinatie van zorg, ondersteuning van mantelzorg, en kennis van verwerkingsstrategieën.

Naast de competenties waarover verpleegkundigen al beschikken, is gevraagd naar competenties die verpleegkundigen uit willen breiden of willen verwerven, zichtbaar in onderstaande tabel.

MBO-verpleegkundigen	- Gesprekstechnieken - Kennis van advies en voorlichting - Reflecteren op beroepsmatig handelen - Kennis van psychosociale signalering en doorverwijzing
HBO-verpleegkundigen	- Methodisch werken - Stimuleren en motiveren - Omgaan met geslotenheid van zorgvrager - Consequent ondersteunen bij beslissingen - Eigen gevoelens hanteren - Rust in houding - Bewustzijn van grenzen van vakdeskundigheid - Kennis met betrekking tot doorverwijsmogelijkheden
Oncologieverpleegkundigen	- Omgaan met gezinssituatie - Ondersteuning mantelzorg - Reflecteren op beroepsmatig handelen - Gesprekstechnieken - Omgaan met negatieve gevoelens van zorgvragers - Aansluiten bij behoeften van zorgvragers - Stervens- en rouwbegeleiding

Uit de resultaten is geconcludeerd dat verpleegkundigen in de eerste lijn hun competenties willen uitbreiden om betere psychosociale zorg te kunnen verlenen. Hadassa gaat verpleegkundigen op termijn gerichte ondersteuning bieden door middel van bijscholing, zodat zorgvragers in de eerste lijn met een levensbedreigende (met name oncologische) aandoening meer psychosociale zorg gaan ontvangen.